

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE ^{No} 299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA FORME ASTHÉNIQUE

DE LA

Paralysie Générale

PAR

C CIER Henri

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 18 juin 1884

Président : M. THOINOT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY Éditeur

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).

1913

999

299

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Année 1913

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA FORME ASTHÉNIQUE

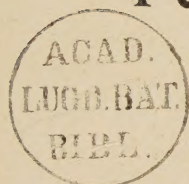
DE LA

Paralysie Générale

PAR

CIER Henri

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 18 juin 1884



Président : M. THOINOT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY Éditeur

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie minérale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARIAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETUILLIE
	ROGER
Clinique médicale	{ CHAUFFARD
	{ DEBOVE
	{ GILBERT
Maladies des enfants	{ LANDOUZY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GILBERT BAILLET
Clinique des maladies du système nerveux	{ GAUCHER
	{ DEJERINE
	{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ X...
Clinique ophthalmologique	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ BIBEMONT-DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique	{ A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	BETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILLEMIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

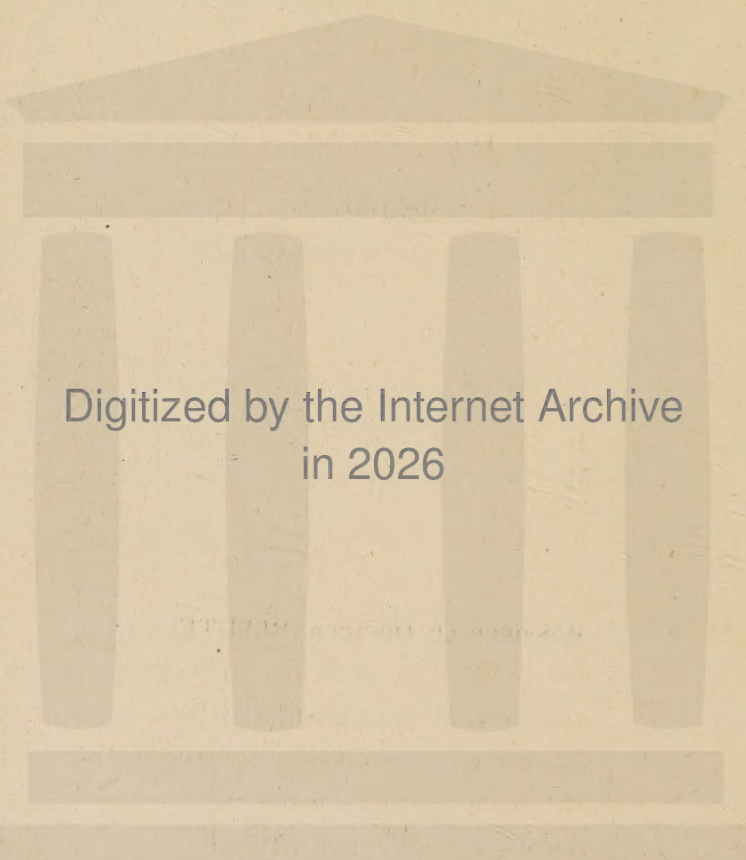
A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE — A MES NEVEUX

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HÔPITAUX DE NANTES

et particulièrement

MONSIEUR LE DOCTEUR MAHOT

MONSIEUR LE DOCTEUR TEXIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRALLIÉ

dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe

MONSIEUR LE DOCTEUR BIAUTE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEIGNEN

MONSIEUR LE DOCTEUR GOURDET

MONSIEUR LE PROFESSEUR U. MONNIER

MONSIEUR LE DOCTEUR JOUON

MONSIEUR LE DOCTEUR BRELET

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHMITT

dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIVE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

*dont nous eûmes successivement l'honneur d'être
l'externe et l'interne*

*Humble témoignage de notre
profonde gratitude.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

MÈMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage

INTRODUCTION

La notion de l'asthénie, telle que l'a conçue J. Tassevin, est de date trop récente pour que les auteurs aient étudié ce syndrome chez les malades atteints de paralysie générale.

Avec M. le docteur R. Benon, nous avons fait des recherches sur ce sujet et nous avons constaté que la maladie de Bayle pouvait se présenter sous cette forme spéciale. Nous avons cru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de ce complexe symptomatique.

Après avoir rappelé brièvement l'histoire de l'asthénie et exposé sommairement ce syndrome, nous jetterons un coup d'œil d'ensemble sur les états appelés par les auteurs, états neurasthéniques ou neurasthéniformes paralytiques et préparalytiques.

Nous verrons ensuite comment se présente symptomatiquement la forme asthénique de la paralysie générale; puis comment elle se différencie de la neurasthénie de Beard.

Dans un dernier chapitre enfin nous exposerons nos observations cliniques, nous terminerons par les conclusions que l'on peut, à notre avis, tirer de cette étude.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le docteur R. Benon, médecin adjoint des quartiers d'hospice Saint-Jacques, à Nantes, qui nous a proposé ce sujet, prodigué ses conseils et suggéré les idées principales. Nous sommes heureux de lui offrir pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a aidé dans l'élaboration de cette œuvre, le témoignage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE L'ASTHÉNIE

Le mot Asthénie (de α , privatif et $\sigmaθενος$ force) signifiait dans le langage d'Hippocrate, un certain état dans lequel l'organisme était sans résistance, ou n'opposait plus la résistance ordinaire aux causes de maladies. Elle équivalait à la débilitas (langueur des forces) des auteurs latins.

Laissée dans l'ombre jusqu'à la fin du dix-huitième siècle l'Asthénie fut tirée de l'oubli en 1770 par François Boissier de Sauvages (1), docteur en médecine et professeur Royal en l'Université de Montpellier, qui en fit une étude attentive. Il la classait dans les défaillances ou leipopsychies (de $\lambdaειπω$, je laisse, et, $\psiυχη$, courage comme pour dire manque de courage) à côté des lipothymies et des asphyxies dont il la séparait toutefois. Il la considérait comme une faiblesse du système mus-

(1) Boissier de Sauvages (François). — Nosologie méthodique. Paris 1770, T. II Ch. Epuisement, page 290-300.

culaire, avec intégrité plus ou moins complète des actions vitales (en langage du temps, les actions vitales étaient : la circulation, la respiration, etc.) L'année suivante, dans une monographie peu originale, intitulée (*Systema morborum*). Segars (1), reprenait le travail de Sauvages et complétait la définition de l'Asthénie en y ajoutant la conservation des sens et l'absence de douleur.

En 1821, Esquirol (2) parle des phénomènes asthéniques qu'il désigne du nom de variété de spleen. « Il est des individus, dit Esquirol, qui à la suite de causes physiques ou morales variables tombent dans l'affaissement physique, le découragement moral. Ils se plaignent... d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêchent d'agir. Ils ne font pas de mouvements... s'impatientent lorsqu'on veut leur faire faire de l'exercice. Ils abandonnent leurs occupations ordinaires, sont indifférents pour les objets de leurs affections ; ils ne s'occupent plus d'affaires, ils ne veulent ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire ». Esquirol signale chez ces malades des troubles digestifs et quelquefois chez les femmes des troubles de la menstruation. Il indique le caractère de la douleur morale. C'est une anxiété justifiée par une réelle déchéance sociale, et qui pousse les malades au suicide. Ce n'est

(1) Segars-Systema morborum 1771. loc. cit. Dict. Dechambre, 1867. T. VI. Art. Asthénie, p. 717.

(2) Esquirol. — Variété de spleen 1821. Des maladies mentales T. I., page 556.

point une idée absurde, mais la constatation exacte de leur impuissance qui motive la conduite de ces malades. Esquirol remarque la durée très variable de l'affection. Il découvre le caractère typique de son évolution : la *périodicité*, et déjà signale qu'elle peut parfois alterner avec la manie. Cette étude est complétée par l'exposé de deux observations.

En 1829 dans un mémoire très étendu, très documenté et très clinique, Jean-Louis Brachet (1), médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, isole l'asthénie et la définit : l'épuisement des forces musculaires. Il observe un cas typique d'asthénie primitive et le décrit comme tel. « Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-six ans, bien portante jusque-là qui depuis deux mois sans cause connue et sans souffrance était tombée « dans un état de nonchalance et d'apathie extraordinaire ». « Toutes les fonctions, écrit-il, s'exécutaient mais avec lenteur : les organes en particulier et l'économie en général étaient privés de force et d'énergie ».

J.-L. Brachet plaça cette faiblesse, cette lenteur, ou pour employer son mot cette *asthénie*, qui semblait bien constituer toute la maladie, dans le système nerveux ganglionnaire. Il admit que ce dernier avait été frappé, non pas d'une inflammation quelconque des plexus, mais d'une simple « *affection débilitante* » d'une *asthénie primitive ganglionnaire* qui avait entraîné par contre-coup l'*asthénie générale*.

(1) J.-L. Brachet. — Mémoire sur l'asthénie. Asthénie primitive ganglionnaire, Paris 1829. Observ. XVI page 160-163, loc. cit. in travail de J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse. Ann. méd. Psych, mai 1911. Obs. X.

Une telle manière de voir peut être discutable. Il n'en est pas moins vrai cependant que cette observation définit cliniquement un type d'*asthénie* primitive, née sans cause apparente sur une personne jusqu'alors bien portante.

Le jour nouveau jeté avec sagacité par Brachet, sur la question de l'état asthénique primitif devait être hélas de très courte durée. Le mot *Asthénie* perd son sens précis. Pour Brown (1) l'*asthénie* est une opportunité morbide, une prédisposition à la maladie, mais un mode seulement d'opportunité qui a son contraire dans la prédisposition sthénique, pour Broussais (2) elle est un défaut d'irritabilité. Le terme *adynamie* supplante le mot *asthénie*, mais avec Pinel il prend un sens détourné qui le rapproche de l'ancien mot *putridité*.

Victime de la nosologie régnante l'affection décrite par J. L. Brachet perdit son individualité, disparut en apparence et son histoire se confondit bientôt avec celle d'autres formes cliniques, surtout de la mélancolie, de l'hypocondrie, de la stupeur et de la neurasthénie.

I

En 1833, Joseph Guislain (3) créait le terme de

(1) Brown (John). — *Elementa medicince*, Edinburgi. C. Elliot, 1780.
Id. — *The elements of medicine*, Philadelphia. T. Dobson 1790.

(2) Broussais. — *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée, et des systèmes modernes de nosologie, etc.*, Paris. Méquignon, Marvis, 1816.

(3) J. Guislain. — *Traité sur les phrénopathies ou doctrine nouvelle des maladies mentales*. Bruxelles 1833, 2^e édit. Bruxelles 1835, p. 187, loc. cit. in. Th. Couchoud. *L'asthénie primitive*. Th. Paris 1911, p. 12.

mélancolie sans délire à l'encontre d'Esquirol qui admettait que le délire est essentiel à la mélancolie. Cette affection d'après Guislain se caractérisait par un état de tristesse et d'abattement sans aberration notable de l'imagination, du jugement ni de l'intelligence. Cette conception qui réservait aux asthéniques une place à part dans le groupe des mélancoliques, avait le grave défaut de les confondre avec les mélancoliques non délirants. Elle fut admise presque unanimement.

Dix ans plus tard Baillarger, en 1843 (1), rencontre et observe attentivement cette catégorie de malades. Ils ont en somme, écrit-il, un « engourdissement physique et moral, une tristesse sans motif. C'est une mélancolie sans délire ou, si l'on veut, l'ennui porté au plus haut degré ». En 1865, Baillarger confirme sa manière de dire, il constate que l'incapacité de tels malades est réelle, profonde, constante, ce qui les distingue de cet hypocondriaque qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance ». En 1890 Baillarger revint sur son opinion et admit qu'il y a ordinairement dans cet état des conceptions délirantes mais moins nettes que dans la vraie mélancolie. Baillarger fait d'un tel

(1) J.-M. Baillarger. — De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *Ann. méd. psych.* 1843, t. p. 259. (Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1890, p. 118).

Id. Note à W. Griesenger. *Traité des maladies mentales*. 2^e édit. trad. par Doumic. Paris 1865, p. 259-270.

Id. De la mélancolie avec stupeur. Note complémentaire. *Rech. sur les maladies mentales*. Paris 1890, t. I, p. 668.

état le premier degré de la stupeur et ne cherche pas à le distraire de la mélancolie.

En 1852 Morel (1) décrit une *lipémanie primitive ou simple, sans délire*, qui elle, est une mélancolie authentique et a pour élément fondamental une « *émotion déchirante* ».

Jules Falret admet plus tard cette mélancolie sous le nom de *mélancolie avec conscience*. L'*asthénie* y est secondaire à la douleur morale. Morel a décrit aussi un *délire asthénique* où là encore l'*asthénie* est secondaire (2).

Entre 1850 et 1851, avec la découverte de la folie à double forme, les observateurs remarquent judicieusement l'existence d'un état d'*asthénie* vraie qui a pour particularité d'alterner avec un état maniaque et de se reproduire périodiquement. On laisse à cet état le nom de *mélancolie*, mais on a soin de distinguer cette mélancolie spéciale de la mélancolie vraie.

En 1851, Jean-Pierre Falret (3), pense que cet état est le fond de la mélancolie « sans son relief » c'est-à-dire sans le délire.

Billod, en 1852 (4) parle d'une « *teinte de mélancolie* ».

(1) B.-A. Morel. — Etudes cliniques. Paris 1852, t. I, p. 386-391.

(2) B. A. Morel. — Etudes Clin. Tome I, p. 140, loc. cit. in. th. Couchoud, Paris 1911, p. 14.

(3) J.-P. Falret. — Leçons faites à la Salpêtrière. De la marche de la folie. *Gaz. des Hôp.*, 14 janvier 1851.

(4) E. Billod. — Les intervalles dits lucides chez les aliénés. *Ann. Médic. psych.* 1852, p. 366.

Baillarger (1), en 1854, dans son exposé sur la folie à double forme, rejette le mot de mélancolie, il emploie celui de *dépression mélancolique*, usant aussi des mots engourdissement, abattement, spleen, indifférence, stupeur.

La même année Jean-Pierre Falret (2) dans ses *Leçons cliniques* de médecine mentale, précise que dans ces états dépressifs de la folie à double forme « il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression morale et physique portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives. »

En 1862, Marcé (3) trace un tableau plus complet de cette dépression. « La dépression existe seule, et elle amène une telle impuissance, un tel anéantissement qu'elle détermine un véritable état d'aliénation. Les malades conservent une appréciation assez nette de leur position, ils la déplorent, ils se lamentent sur leur impuissance, pour les faire agir, les faire causer, il leur faut des excitations incessantes. »

Marcé s'étonne de trouver une telle dépression si profonde que ne motive aucune conception délirante et qui peut exister seule sans délire.

(1) J. Baillarger. — De la folie à double forme. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 31 janv. 1854, t. XIX, obs. I. p. 342.

(2) J.-P. Falret. — *Leçons cliniques* de Méd. mentale, 1^{re} part., Paris 1854, p. 249. *Bull. de l'Ac. de Méd.* 14 février 1854, t. XIX, p. 382.

(3) L.-V. Marcé. — *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 324, loc. cit. in Th, Couchoud, p. 17.

En 1872, Achille Foville fils (1) expose ses idées sur la période mélancolique de la folie à double forme. Pour cet auteur « toutes les fonctions semblent enrayées ». Foville admet, il est vrai, qu'ensuite peuvent apparaître des idées délirantes, des angoisses, des hallucinations terrifiantes, symptômes inconstants d'ailleurs qui sortent du cadre de l'*asthénie*. En 1882, Foville (2) précise son opinion, il la souligne en écrivant : « Les malades ont une indifférence générale, un *état analogue à l'hibernation*. »

En 1878, Jules Falret (3), trace un tableau encore plus précis. Le fait capital, essentiel qui domine tous les autres : c'est que ces malades « ont perdu toute leur activité physique et morale et *ils ont conscience de cette insuffisance de leurs forces physiques et intellectuelles*. » Cet état peut aller jusqu'à la stupeur, mais Falret fait la distinction avec l'état appelé stupeur mélancolique. « Ces malades muets et immobiles, paraissant plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement et assistent bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui passe au dehors, Ils semblent étrangers au

1) Ach. Foville fils. — Nouveau dictionnaire de médecin et de chirurgie pratique. (Jaccoud) tome XV. Paris, 1872. p. 326. (Art. Folie à double forme.)

(2) Ach. Foville fils. — La folie à double forme (Bram. juillet 1882) (Analyse par R. de Musgrave Clay. Ann. Médic. Psychol. 1885 t. II p. 150).

3) J. Falret. — La folie circulaire ou folie à formes alternes. Archives générales de Médecine, décembre 1878 (Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris 1890 p. 585-590) loc. cit. Th. Gou-choud, Paris 1911, p. 19 et 20.

monde extérieur mais en réalité ils voient et ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux. Ils y assistent si bien que plus tard ils peuvent rendre compte avec beaucoup de détails, de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité, au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis. »

Le fait général, mis en lumière par Falret, dans toutes ses descriptions, est une sorte d'engourdissement physique et mental.

En 1889, Jules Falret (1), dans une séance à la Société Médico-Psychologique, pose nettement l'existence de deux variétés de mélancolie : 1^o la *mélancolie avec conscience*, qui est une vraie mélancolie, avec douleur morale essentielle ; 2^o la *mélancolie dépressive*, qui correspond à l'*asthénie* et qui arrive dans les cas graves à la stupeur et à la stupidité. Les deux formes sont curables et ordinairement intermittentes.

Benjamin Ball (2) avait déjà fait moins clairement une distinction analogue mais inverse.

Tous les auteurs classiques depuis Jules Falret ont admis le caractère différent de la mélancolie dépressive de la folie à double forme de celui de la mélancolie vraie. Tour à tour on l'appela *mélancolie* sans délire — *dépression mélancolique* — *tristesse passive*.

(1) J. Falret. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. Société médico-psycho. séance du 11 nov. 1889. Ann. Médic. Psych. 1890 II p. 88-92.

(2) B. Ball. — Leçons sur les maladies mentales. Paris 1880. p. 227. 532. De la mélancolie (l'Encéphale 1788 n^o 3 p. 292-304.)

En 1897, Lauppts décrit sous le nom de mélancolie bénigne intermittente une affection curieuse qui simule l'asthénie.

En 1902, M. le professeur Gilbert-Ballet (1) dans une étude sur la mélancolie intermittente (mélancolie dépressive de J. Falret) en précisa la symptomatologie. Dans cette forme trois grands symptômes sont à retenir : l'apathie, l'anesthésie morale et l'incapacité au travail.

Rencontrée par la plupart des aliénistes, ignorée ou méconnue des uns, rejetée par les autres dans le cadre de la mélancolie, l'asthénie de J.-L. Brachet devait encore s'égarer au milieu d'une foule d'autres états mentaux cliniques.

II

Au nombre des multiples observations publiées sur des cas de stupeur et de stupidité, certaines descriptions permettent de penser que les auteurs furent en présence d'états asthéniques.

Sauze (2), en 1853, observe un jeune homme de vingt-trois ans qui a été assailli par des malfaiteurs et qui deux jours après tombé dans un état de stupeur. Au bout de dix mois le malade guérit et interrogé il décrit

(1) Gilbert-Ballet. — La mélancolie intermittente, *La Presse Médicale*, 14 mai 1902.

(2) V. Sauze. — Frayeur, stupidité primitive. *Ann. Médic. Psych.*, 1853 p. 344. De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement, thèse Paris 1852. Etudes médico-psychologiques sur la folie, Paris 1862. Première étude de la stupidité.

tous les détails de sa maladie. « Il ne pensait à rien, ne sentait rien, il n'a jamais eu d'idées tristes, ni d'hallucinations pénibles. Il ne répondait pas aux questions parce qu'il ne pouvait pas parler ». Sauze nomme cet état stupidité primitive ou stupidité franche et le différencie du délire triste.

Gorget (1) 1820, Loyer-Villermay (2) 1821, Etoc-Demazy (3) 1833, Ferrus (4) 1838, rangent dans la stupidité des cas analogues à celui-là.

En 1843, avec les travaux de Baillarger (5), la question de la stupidité entre dans une nouvelle phase. Dans un long mémoire, documenté, cet auteur conclut que la stupidité est toujours une complication de la mélancolie.

En 1851 Delasiauve (6) discute le premier, les opinions émises par Baillarger, dans son étude sur l'état de stupidité. Il individualise à nouveau la stupidité qu'il définit : « Une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé, une disposition enfin pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes,

(1) Gorget. — De la folie. Paris 1820, p. 115.

(2) Loyer-Villermay. — Art. stupeur. *Dict. des Sciences Médic.*, tome XLIII 1821, p. 67.

(3) Etoc-Demazy. — De la stupidité considérée chez les aliénés. Recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière. Paris 1833.

(4) Ferrus. — Leçon sur la stupidité. *Gaz. des Hôpitaux*, 1838, p. 600.

(5) J. Baillarger. — De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *Ann. méd. psych.* 1843, 1.

(6) Delasiauve. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *Ann. méd. psych.* 1851, p. 380.

comme paralysées ». Cet éminent aliéniste, accepte toutefois l'existence de certains cas mixtes où se présentent à la fois et des symptômes mélancoliques et des symptômes de stupidité. Sauze partage cette opinion.

En 1853 Morel (1) se range à l'opinion exprimée par Ferrus et considère la stupidité comme « une abolition accidentelle subite et complète des facultés intellectuelles et affectives ainsi que des mouvements ». Cette définition est bien voisine de celle du syndrome asthénique.

En 1861 Delasiauve (2), décrit la stupidité légère : « La malade comprend, entretient la conversation, s'occupe mais avec nonchalance et hésitation... Le plus souvent il ne se plaint d'aucune souffrance corporelle ou mentale. Nulle idée de persécution, nulle tristesse, tout au plus a-t-il une vague conscience d'un engourdissement dans sa tête, de son impuissance psychique. C'est une machine sans moteur, un foyer sans flamme. »

En 1862, Foville (3) décrit avec soin un cas de *stupidité sans délire*. Un jeune homme de vingt-quatre ans, après un accès de manie, tombe dans un état de stupeur qui guérit au bout de huit mois : « De ses récits, il ressort que pendant sa maladie, son esprit était comme engourdi, les opérations intellectuelles, étaient à peu

1) Morel. — Etudes cliniques sur les maladies mentales, 1852-1853.
— Traité des maladies mentales.

2) Delasiauve. — De la stupidité légère. Journal de Médecine mentale 1861

(3) Foville. — Stupidité sans délire. Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, t. II, p. 862, loc. cit. in Th. Couchoud. Paris 1911, p. 36-37.

près nulles et il était anéanti. Malgré l'engourdissement de son esprit, il a toujours eu conscience des circonstances extérieures ; il a su où il était, il a remarqué le changement de médecin, il entendait les questions qu'on lui posait, s'il n'y répondait pas c'est qu'il n'en avait pas la force. » Jamais ce malade n'a été affecté de la gravité de son état dont il avait nettement conscience. Foville souligne que dans cet état il n'y a rien de la mélancolie et comme l'a fait remarquer Couchoud dans sa thèse inaugurale il s'agit d'un cas de *stupeur asthénique* bien distingué de la stupeur mélancolique.

En 1872, Dagonet (1) défend la doctrine de Baillarger, il se sert du terme *lypèmanie stupide* qu'il cherche à expliquer « C'est la dépression morale portée au plus haut degré, le spleen des Anglais, le *tædium vitæ*, le dégoût de la vie.

En 1874, Hayes Newington (2) propose d'appliquer à des cas analogues le nom de *stupeur anergique primitive*.

En 1881, Benjamin Ball (3) décrit la torpeur cérébrale. « Il est des malades qui, soit après une émotion violente, soit après une perturbation profonde de la santé, soit après une fatigue intellectuelle portée au-delà des justes limites, tombent dans un état de prostration mentale qui semble abolir momentanément leurs facultés... La torpeur cérébrale diffère absolument de la lypéma-

(1) Dagonet. — De la stupeur dans les maladies mentales. Ann. Médic. Psych. 1872. 1 p. 382.

(2) Hayes Newington. — On stupor. The mental science 1874. IV.

(3) B. Ball. — La torpeur cérébrale. L'Encéphale 1881, page 369, 371. 373.

nie par l'absence de conceptions délirantes et d'hallucinations par la rectitude du jugement et par la conservation de la santé physique. Elle diffère de la *typémanie* — avec conscience — par la lenteur et la difficulté des opérations intellectuelles et par le vide de l'esprit. »

Ball (1), d'ailleurs, fait ressortir que la tristesse modérée de ces malades est motivée et justifiée par le sentiment de leur impuissance et par les conséquences matérielles qui en découlent, et pour appuyer sa description il expose judicieusement trois observations.

Comme d'ailleurs le fait remarquer Couchoud (2), auquel nous empruntons la plus grande partie de cet historique, le travail de B. Ball met en lumière un des éléments de l'asthénie, le ralentissement psychique, l'autre élément, l'affaiblissement musculaire est laissé dans l'ombre.

En 1883 Marandon de Montyel (3) cite un cas analogue au précédent et lui donne le nom de stupidité avec conscience. La même année Ritti (4), dans son article « Stupidité » du Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales, distingue la stupeur mélancolique de la stupeur symptomatique. Dans certains cas de stupeur symptomatique, écrit-il, « les malades, quoique

(1) B. Ball. — La torpeur cérébrale. L'encéphale 1881, p. 371-373.

(2) Paul-Louis Couchoud. — L'asthénie primitive. Thèse Paris 1911. Alcan, p. 30.

(3) Marandon de Montyel. — Recherches cliniques sur la folie avec conscience. Arch. de Neur. 1883, n° 38, obs. XIII. loc. cit. in Th. Couchoud, Paris 1911, p. 31.

(4) Ritti. — Dictionnaire Dechambre. 1883. Art. stupeur, stupidité, 3^e série. T. XII, p. 464.

anéantis, sans volonté, incapables de penser, voient et entendent tout ce qui se passe autour d'eux. Les faits ambiants semblent s'imprégner dans leur cerveau, si l'on peut s'exprimer ainsi, mais celui-ci ne possède plus la faculté de réagir ni par la pensée ni par l'action. . . . Les malades, dans cet état, se souviennent de tout ce qui s'est passé autour d'eux et peuvent en rendre compte une fois la stupeur passée ». Ne peut-on reconnaître dans cette description, celle incomplète il est vrai, de l'état asthénique ?

Mélancolie avec conscience, mélancolie sans délire, dépression mélancolique, stupeur, stupidité, torpeur cérébrale, ne furent pas les seules étiquettes jetées sur les malades de J.-L. Brachet. La neurasthénie de Beard, dont s'enrichissait, de 1860 à 1880 la science médicale, ressuscitait le syndrome asthénique, mais l'englobait dans un groupe très vaste de types cliniques.

Beard 1880 (1), Charcot (2) 1887, Bouveret (3) 1890, Levillain (4) 1891, décrivent avec précision, l'asthénie proprement dite de la neurasthénie, mais ne l'isole pas de l'hypocondrie, des obsessions, des phobies, des troubles de la sensibilité générale. Pitres 1889 (5), Ré-

(1) Beard. — A practical treatise, on Nervous exnauition neurasthenia, New-York 1880.

(2) Charcot. — Leçons du Mardi, 1887-88, 1888-89.

(3) Bouveret. — La neurasthénie, épuisement nerveux, Paris 1890.

(4) Levillain. — La neurasthénie. Maladie de Beard. Paris, Maloine 1891, p. 216.

(5) Pitres. — Leçons sur la neurasthénie. *Echo médical de Toulouse* 1889.

gis 1891 (1), Ségla (2) en 1894, détachent les obsessions et les phobies.

Capgras 1900 (3), suivant l'exemple de François Boissier (4) 1894 la rapproche de la mélancolie. Maurice de Fleury (5) 1901 disjoint de la neurasthénie les troubles émotionnels et met en lumière la diminution des forces, la fatigabilité.

Pierre Janet (6) 1903, sépare les troubles psychiques sous le nom de psychasthénie. Paul Boncourt et Philippe (7) 1905, Paul Loude (8) 1907, Albert Deschamps (9) 1907 étudient minutieusement le trouble fondamental, la diminution des forces et remettent en faveur l'ancien terme d'asthénie.

J. Tastevin (10) 1911, crée alors le syndrome complet de l'asthénie, le libère complètement de tout trouble émotionnel, et l'oppose clairement à l'hypersthénie ou manie.

(1) Régis. — Les neurasthénies psychiques. *Journ. de Méd. de Bordeaux* 1891.

(2) J. Ségla. — Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, Paris 1895, p. 284-291-294).

(3) J. Capgras. — Réduction de la mélancolie en une psychose d'involution, The Paris 1900.

(4) F. Boissier. — Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports, Th. Paris 1894.

(5) M. de Fleury. — Les grands symptômes neurasthéniques, Paris, F. Alcan 1901.

(6) Dr Raymond et Pierre Janet. — Les obsessions et la psychasthénie, Paris, Alcan 1903.

(7) Paul Boncourt et Philippe. — Les écoliers asthéniques, *Gaz. des Hôp.*, 28 mars 1905.

(8) Paul Loude. — L'asthénie constitutionnelle, *Rev. de Méd.* 1907, T. XXXII, p. 1023.

(9) Alb. Deschamps. — Les maladies de l'énergie, Paris 1907.

(10) J. Tastevin. — L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques, *Annales médico-psychologiques*, mai 1911, n° 2, 3 et 4.

CHAPITRE II

LE SYNDROME ASTHÉNIQUE SYMPTOMATOLOGIE

I

Symptômes essentiels

Le syndrome asthénie est essentiellement constitué par deux symptômes cardinaux : l'affaiblissement général des fonctions musculaires et le ralentissement général des fonctions psychiques. C'est un état de faiblesse musculaire et idéative.

1^o *Amyosthénie*. — Point n'est besoin de prolonger l'examen pour découvrir chez un malade asthénique l'affaiblissement musculaire, il est tellement apparent qu'il n'exige point de longues recherches. Suivant l'intensité de la maladie, il atteint des degrés divers, depuis la simple lassitude jusqu'à l'impotence totale. « Cet

affaiblissement n'a rien de commun avec la paralysie. Il consiste en une moindre capacité de travail. » (Couchoud) (1). L'asthénique est capable d'un effort, mais il ne peut ni le répéter, ni le soutenir, sans en éprouver une fatigue ordinaire. L'asthénique qui a toujours conscience de son amyosthénie, peut en faire la distinction. Un médecin Albert Deschamps (2), a fait sur lui-même cette remarque judicieuse. « L'asthénique n'éprouve pas cette sensation de lassitude presque agréable qui avertit de l'épuisement prochain des forces et du besoin de repos. Il passe à peu près sans transition du travail à l'épuisement total ». Alors que le dynamomètre donne un chiffre normal, l'ergographe traduit aux yeux la fatigue prompte.

Cet affaiblissement se traduit dans tous les actes que le malade veut effectuer. Aussi reste-t-il immobile, le mouvement lui répugne, le moindre effort le brise, l'anéantit, la station debout devient très pénible, la marche est lente et traînante, il est à peu près impossible à ce malade de se tenir accroupi, de se soulever sur la pointe des pieds. L'asthénique s'assoit, se couche et s'affale volontiers : c'est un condamné au lit ou à la chaise longue. Il laisse tomber la tête, impuissant à la relever, souvent il présente un léger degré de scoliose. Les bras pendent inertes le long du corps. Les

(1) Paul-Louis Couchoud. — L'asthénie primitive. Thèse Paris 1911, Alcan.

(2) Alb. Deschamps. — Les maladies de l'énergie. Paris, F. Alcan, 1907.

malades laissent fréquemment tomber les objets qu'ils tiennent en main, les jambes fléchissent, tout l'être entier ploie sous cet anéantissement. Parfois les membres gardent l'attitude qu'on leur donne simulat ainsi la raideur cataleptique.

La parole est traînante, la voix est faible, presque éteinte. Le malade répond lentement aux questions qu'on lui pose, souvent il faut les lui répéter plusieurs fois avant qu'il y réponde. Quelquefois il s'arrête au milieu d'une phrase dans l'impossibilité de continuer ; dans certains cas c'est le mutisme complet. Si la parole est conservée, *chanter est toujours impossible*, (Couchoud) (1).

Tous les muscles de l'économie sont victimes de cet épuisement. Les traits sont effacés, la physionomie terne, les paupières tombantes, les yeux sont excavés, les lèvres entr'ouvertes peuvent laisser échapper la salive.

La digestion est ralentie, la constipation traduit l'asthénie intestinale. Dans les formes graves de la maladie le gâtisme apparaît. Le malade maigrit rapidement.

Toutes les sécrétions sont diminuées, les urines sont rares, la peau devient sèche et rugueuse ; les fonctions des glandes internes se ralentissent.

Le nombre des respirations par minute est notablement diminué, le mouvement respiratoire imperceptible.

Le travail du cœur est toujours affaibli, cet affaiblis-

(1) Paul Louis Couchoud. — L'asthénie primitive. Thèse Paris 1911. Alcan.

sement se traduit tantôt par une diminution tantôt par une augmentation du nombre des pulsations. Le pouls est parfois très faible, filiforme souvent ralenti.

Du côté des vaisseaux on note de l'hypotension artérielle, des troubles vaso-moteurs.

Chez la femme il y a généralement suspension des règles.

La température est le plus souvent abaissée.

Les réflexes sont tantôt exagérés, tantôt diminués ou abolis.

L'asthénique ne peut être stimulé. . . Dans les formes bénignes de la maladie, il peut remédier par la volonté à son manque de forces mais « il est absolument incapable de subir un entraînement progressif comparable à l'entraînement auquel on peut soumettre les convalescents. . . » (Deschamps) (1).

Ce n'est qu'au prix de l'épuisement total de ses forces qu'il pourra remplir un acte important prendre une détermination grave.

2° *Anidétation*. — L'affaiblissement musculaire s'accompagne toujours d'un ralentissement des processus intellectuels. L'amyosthénie entraîne l'anidétation, elles sont généralement proportionnelles.

Le ralentissement psychique s'étend à toutes les opérations mentales.

L'intelligence est confuse, les idées sont embrouillées, la pensée est en retard. « Tout dans l'esprit est

(1) A. Deschamps. — Les maladies de l'énergie. Paris 1907.

obscur, vague, enfoncé, emmailloté. » (Couchoud). (1).

L'idéation est lente et paresseuse: « Je ne sais pas... Rien... Non. » répond tardivement le malade aux questions qu'on lui pose. Le lecture est pénible, ainsi que l'écriture, les opérations arithmétiques les plus élémentaires acquièrent pour le malade une grande difficulté. L'asthénique ne peut suivre une conversation ni même le cours de ses idées. Il ne peut réunir deux idées de suite sans éprouver une grande fatigue.

La mémoire est affaiblie; le malade ne peut pas apprendre par cœur. La fixation est malaisée, la mémorisation est difficile, le passé n'existe plus pour le patient. Il vit calfeutré à un point de l'espace et du temps, redoutant tout ce qui fait appel à un effort, il y reste volontairement enfermé.

Les sentiments affectifs sont attiédies chez l'asthénique, il semble indifférent et vit comme retiré du monde. Les émotions qu'il ressent, qu'il éprouve, sont assourdies et surtout « extrêmement limitées dans leur expression », elles parviennent rarement à ébranler l'inertie musculaire et intellectuelle. Quelquefois cependant le malade peut les manifester violemment et cela au prix d'un total épuisement.

L'asthénique n'a plus de désirs; les jouissances du boire et du manger, l'appétit sexuel ont pour ainsi dire disparu. Rien ne lui fait envie, toilette, argent, distrac-

(1) Paul-Louis Couchoud. L'asthénie primitive. Thèse Paris 1911, Alcan.

tions n'ont plus pour lui d'attrait. Le monde extérieur ne compte plus.

Les sensations sont peu modifiées en soi, c'est surtout le mode de réaction aux sensations qui est transformé. Tantôt le malade ne traduit aucune impression, tantôt au contraire il réagit violemment, mais retombe aussitôt épuisé.

Épuisé physiquement, épuisé intellectuellement, l'asthénique traîne lamentablement sa vie monotone pour les uns, ennuyeuse pour les autres, fatigante pour tous. Tous ses actes traduisent sa fatigue physique et psychique, c'est un engourdi, un ralenti général.

II

Symptômes secondaires

A côté de ces deux grands symptômes cardinaux, l'amyosthénie et l'anidéation, il est d'autres symptômes secondaires, qui plus bruyants, peuvent quand on les rencontre, égarer le diagnostic. Ils se rencontrent ordinairement chez l'asthénique moyen et peuvent se résumer en deux mots : la douleur physique et la douleur morale.

Cette douleur physique, cette douleur morale sont toujours secondaires à l'asthénie fait primordial, ce ne sont que des épiphénomènes.

1° *Douleur physique.* — Par ordre de gravité, la

douleur physique se traduit par de l'insomnie, de la céphalée, et autres malaises, des vertiges, des accès d'anéantissement.

Tous ces troubles sont consécutifs à une dépense de forces exagérée de la part du malade qui a dépassé son « cran » en voulant secouer sa prétendue paresse.

Le sommeil se gâte, il devient léger, irrégulier, s'accompagne de réveils pénibles et angoissants. Les hypnotiques ne soulagent pas cette insomnie. Pendant le jour, le plus minime effort amène des malaises vagues que le malade ne peut préciser et localiser. Il emploie pour les décrire mille comparaisons, jamais il ne peut les définir exactement. Le repos les efface, ils reparaissent avec le moindre mouvement.

Si l'effort est excessif, le malade peut éprouver des vertiges, des accès d'anéantissement. Le patient ne peut plus se mouvoir, il s'arrête ou s'affale.

2^e *Douleur morale.* — Cet affaiblissement physique et idéatif que l'asthénique, conscient de son état, s'obstine en vain à surmonter, engendre presque fatalement la douleur morale. Le malade s'inquiète, s'attriste ou se désespère.

Cette douleur morale, comme l'avaient fort judicieusement observé Esquirol (1), Baillarger, Ball, Tastevin, Couchoud, est toute différente de la douleur morale du mélancolique. Elle est toujours postérieure à

(1) Esquirol. — Variété de Spleen, 1821. Des maladies mentales, t. I, p. 556.

l'apparition des symptômes de l'asthénie. Las de son anéantissement, impuissant à réagir malgré son bon vouloir, l'asthénique se décourage, il se croit perdu, son inquiétude se transforme en anxiété. Sous l'influence de ces préoccupations l'asthénique peut songer au suicide et parfois il met fin à ses jours. Il n'est pas poussé à la mort comme le mélancolique par une douleur atroce et profonde, mais par le sentiment net et précis de sa déchéance physique et intellectuelle, l'inertie mentale elle-même l'y entraîne, rien ne plaide près de lui en faveur de la vie.

En résumé chez l'asthénique deux grands symptômes capitaux sont à retenir : l'amyosthénie et l'ani-déation.

Les autres signes sont secondaires et accessoires : la douleur physique et la douleur morale en sont les conséquences.

CHAPITRE III

HISTORIQUE DE L'ASTHÉNIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Le syndrome asthénique se rencontre dans les états cliniques pathologiques les plus divers : les traumatismes, les hémorragies, les anémies, certaines intoxications, toutes les affections en somme qui dépriment les forces peuvent faire éclore le syndrome asthénique. De là à penser que la paralysie générale, agent provocateur manifeste de l'épuisement nerveux, pouvait revêtir dans son complexe symptomatique le masque de l'asthénie il n'y avait qu'un pas à faire.

Londe en 1905 (1) dans son étude sur l'asthénie musculaire émettait déjà cette hypothèse « Peut-être, faut-il joindre aux maladies précédentes (facteurs étiologiques de l'asthénie) la méningo-encéphalite diffuse. »

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme la paralysie générale se présente avec des modalités clini-

(1) Londe-Paul. — L'asthénie. *Semaine médicale*, 5 avril 1905, p. 157-160.

ques diverses, et tous les auteurs ont été amenés à décrire un plus ou moins grand nombre de formes qu'ils ont cherché à différencier les unes des autres. Jamais toutefois ils n'ont mentionné une forme asthénique. Ce silence ne peut surprendre si l'on songe qu'il y a quelques années à peine le syndrome asthénie n'était pas encore cliniquement défini; l'histoire de la forme asthénique de la maladie de Bayle se confond avec celle de divers types cliniques paralytiques, en particulier les types dépressif et neurasthénique.

Dès le début du siècle les médecins avaient observé ou tout au moins soupçonné les formes dépressives (neurasthénique et mélancolique) de la paralysie générale.

Calmeil (1) (1825-1853), Falret (2) (1853), Baillarger (3), ont tracé des tableaux remarquables du paralytique général déprimé.

En 1860, Morel, (4) dans son livre sur le délire émotif, semble avoir entrevu les prodromes dépressifs de la paralysie générale.

En 1879 Voisin et Burlureaux (5), décrivent assez nettement cette période prodromique de la maladie de

(1) Calmeil. — De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris J.-B. Baillière 1826.

(2) Faret. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. The Paris 1853.

(3) Baillarger. — Note sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la par. génér. Ann. Méd. Psych. 1860. 509-514.

(4) Morel. — Etudes cliniques. Paris 1852, tome I p. 140 p. 383-391.

(5) Voisin et Burlureaux. — De la mélanc. dans ses rapports avec la P. G. Mem. Ac. de M. Paris 1880 p. 264.

Bayle, ils rapprochent sa symptomatologie de celle de l'affection décrite par Krishaber, (1) sous le nom de névropathie-cérébro-cardiaque. Pour faciliter le diagnostic ils notent entre autres signes caractéristiques : l'affaiblissement précoce de la mémoire, les modifications du caractère ; ils préviennent le médecin contre ce cortège de phénomènes nerveux quand ils surviennent chez un individu « prédisposé héréditairement à la folie. »

Quand en 1880, la maladie de Beard (1868) eût acquis droit de cité dans la littérature médicale, la plupart des auteurs signalèrent au cours de la paralysie générale l'existence de manifestations neurasthéniques ou neurasthéniformes, simple témoin de l'effondrement nerveux dû à la maladie organique ; toutefois leur attention fut particulièrement attirée sur un état neurasthénique prodromique dépisté à la période du début de la P. G.

Les cliniciens furent amenés de bonne heure à exercer leur sagacité sur le diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la méningo-encéphalite, et reconnaissant toute la difficulté de leur entreprise, ils s'efforcèrent de l'asseoir sur des bases solides et inébranlables.

En 1880, Roscioli (2) relate deux observations et distingue ce qu'il dénomme « la folie paralytiforme neurasthénique, ou neurasthénie pseudo-paralytique » de la paralysie générale vraie, par les signes suivants :

(1) M. Krishaber. — De la névropathie cérébro-cardiaque. Paris. Masson 1873.

(2) Roscioli. — *Follia paralytiforme neurasthenica*. Il manicomio, 1888.

1° Oblusion et apathies profondes, plutôt que démen-
cence véritable.

2° Embarras de la parole dû à une contraction spas-
modique des masses musculaires linguales ;

3° Variabilité de chaque symptôme ;

4° Tendance de la maladie à évoluer vers la guérison.

En 1889, Mendel (1) signale au début de la paralysie
générale, des symptômes que l'on peut rapporter à la
neurasthénie.

En 1891, Levillain (2) assied son diagnostic entre la
neurasthénie et la paralysie générale sur « la marche
essentiellement variable, mobile et inconstante du pro-
cessus nerveux général » sur le caractère transitoire et
la fragilité des manifestations neurasthéniques, sur la
conservation et même l'exagération fréquentes de la ré-
flectivité générale au cours des maladies fonctionnelles
comme la neurasthénie à l'encontre des maladies orga-
niques qui diminuent cette réflectivité.

Bouveret 1891 (3), dans son livre sur la neurasthé-
nie signale l'analogie du tableau clinique de la forme
dépressive prodromique de la paralysie générale avec
celui de la cérébrasthénie, il remarque l'insuffisance
des données étiologiques pour établir ce diagnostic
différentiel : il ajoute toutefois que « si l'on peut obser-

(1) Mendel. — Die progressive paral. der irren. Berlin 1889. — Con-
tribution à la question de la syphilis dans la paralysie générale et lé-
tabes. *Neurol. Centrblatt.* 1905 (anal. in *Encéphale.* 1906).

(2) Levillain. — La Neurasthénie, Maladie de Beard. Paris, Maloine.
1891, p. 216.

(3) Bouveret. — La neurasthénie. Épuisement nerveux. Paris 1890.

ver dans les deux cas des symptômes analogues, cependant ces symptômes n'ont pas tout à fait les mêmes caractères » et Bouveret (1) donne une série de signes distinctifs tirés de l'état physique ou psychique.

Krafft-Ebing en 1892 (2) dans le livre jubilaire du cinquantième anniversaire de la fondation de l'asile d'Illéneau, a consacré au diagnostic différentiel de la démence paralytique et de la neurasthénie cérébrale, une étude spéciale, minutieuse et détaillée. M. le Professeur Régis (3), en 1897, dans un article documenté, et son élève Clapier (4), dans sa thèse (1908) ont résumé les principales données de ce parallèle nosographique.

En octobre 1893, puis en 1894, le professeur Fournier (5), distingue la paralysie progressive de la neurasthénie par « *la triade symptomatique* » suivante :

1° Dans la cérébrasthénie : absence des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau (inégalité pupillaire, tremblement des mains, des lèvres, de la langue, etc., embarras de la parole, conceptions délirantes).

2° Dans la neurasthénie : multiplicité des symptômes

(1) Bouveret. — La neurasthénie, épuisement nerveux. Paris 1890.

(2). — Krafft-Ebing. — Diagnostic différentiel entre la démence organique et la neurasthénie cérébrale ; livre jubilaire du 50^e anniversaire de la fondation de l'asile d'Illenau-Heidelberg 1892.

Traité clinique de psychiatrie. Trad. Luraud, Paris 1897.

(3) Régis. — Neurasthénie et paralysie générale, *Presse Médicale* 1897, 7 avril, pages 153-159.

(4) Clapier. — Diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie paralytique. Th. Bordeaux 1908.

(5) Fournier. — La neurasthénie syphilitique, *Gaz. des Hôp.* 1893, n^{os} 101 et 104. Syphilis et paralysie générale, *Bull. Méd.* 1893, p. 407.

étrangers à la scène usuelle des affections organiques du cerveau (douleurs de tout siège, lassitude, envahissement, asthénie musculaire marquée. . . , tout cela combiné à de l'éréthisme nerveux, à une émotivité, à une impressionnabilité toutes spéciales véritables hors-d'œuvre dans les complexus de la paralysie générale.

3^o Dans la neurasthénie : phénomènes morbides ne présentant que l'apparence et non la réalité des symptômes essentiels constitutifs de la paralysie générale (troubles statiques plus apparents que réels, tremblements intermittents, purement émotifs, mémoire paresseuse, distraite, obnubilée mais sans lacunes, intelligence ralentie, pas de conceptions illogiques).

M. le professeur Gilbert-Ballet (1) (1893) insiste sur la nature de la « neurasthénie préparalytique » comme il l'appelle.

Dans certains cas, on peut avoir affaire « à la succession de deux états morbides, un état neurasthénique au début, sur lequel viendrait plus ou moins tardivement se greffer la maladie de Bayle ». Le plus souvent « le début de la paralysie générale, c'est-à-dire celui des lésions d'encéphalite, est contemporain des premiers symptômes neurasthéniques ». « Il y a identité de nature des deux ordres de manifestations. » Gilbert Ballet (2), étaye cette assertion par les arguments suivants :

(1) Gilbert Ballet. — La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale. *Semaine Médicale* 22 novembre 1893. page 529.

(2) Gilbert Ballet. p. 529. 22 Novem. 1893. *Sem. Médicale*.

« 1^o Dans les cas où la phase neurasthénique a été très courte, il est inadmissible qu'on ait eu affaire à deux maladies associées. »

« 2^o Dans les cas où cette phase est prolongée, les symptômes neurasthéniques, en dépit de quelques rémissions passagères vont s'accusant d'une façon progressive jusqu'à l'apparition des signes décisifs de la paralysie générale. Ils peuvent d'ailleurs persister avec les caractères qu'ils affectent au début alors que ces signes sont devenus nets et manifestes. »

« 3^o On trouve dans la physionomie, la marche et l'évolution générale de la neurasthénie préparalytique, des caractères qui les distinguent d'avec ceux de la neurasthénie, simple, et portent à les considérer comme des manifestations de l'encéphalite interstitielle. »

« 1^o Les stigmates, c'est-à-dire les signes permanents de la neurasthénie (céphalée en casque, rachialgie, plaques sacrées) font défaut.

2^o Les douleurs névralgiques occupent dans le tableau clinique une place très importante. Ces douleurs sont multiples, essentiellement mobiles, variables d'un jour à l'autre. Les descriptions imagées qu'en font les malades étonnent. Ce sont les douleurs qu'on n'a pas coutume d'observer :

3^o D'un moment à l'autre, il se produit des modifications brusques dans l'état du sujet. Sans doute le neurasthénique est susceptible de se laisser distraire, et d'oublier temporairement les souffrances et la fatigue qui l'obsèdent, mais pas au même degré que le paralytique

général, il ne perd jamais complètement le sentiment de la réalité pathologique. . . . Chez le paralytique général neurasthénique, au contraire on est surpris de trouver dans ses souffrances, à l'état en quelque sorte embryonnaire, plusieurs des traits que présentera plus tard, quand la maladie sera confirmée, le délire dans sa forme hypocondriaque et dépressive ».

Löwenfeld (1), en 1894, outre les signes différentiels énumérés déjà par Krafft-Ebing, en 1890, signale l'importance des modifications du caractère, de la conscience, de la mémoire et des troubles pupillaires. La même année, Grasset et Rauzier, dans leur traité des maladies du système nerveux, réservent un chapitre au diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la neurasthénie.

Magnan et Sérieux (2) s'efforcent eux aussi de résoudre la question : certains symptômes pourraient faire craindre un début de paralysie générale (Céphalée, névralgie..., etc., diminution de la volonté et de l'attention, torpeur intellectuelle..., préoccupations hypocondriaques). « Mais, fait important, le malade a conscience de son état, il analyse lui-même les troubles qu'il éprouve, et il est plus porté à en exagérer la portée qu'à l'ignorer, comme le paralytique. » En outre, on ne constate point d'hésitation véritable de la parole, point de lacunes profondes de la mémoire, point de modifications radicales du caractère. »

(1) Löwenfeld. — Die neurasthénie. 1894.

(2) Magnan et Sérieux. — De la paralysie générale. Encyclopédie Leauté.

Pour Gross d'Heidelberg (1) (1896), le début de la paralysie générale, par une période neurasthénique est presque toujours la règle (179 cas sur 189).

La neurasthénie paralytique se distinguerait surtout par des modifications spéciales du caractère par exemple, l'irritabilité, les changements d'humeur, l'oubli des convenances, les dispositions vaniteuses, les spéculations inconsidérées. Dans les cas, où malgré tout on ne peut arriver à formuler le diagnostic, il faut se souvenir que toute neurasthénie survenant entre trente et cinquante ans chez un homme jusque-là sain, non nerveux, doit faire soupçonner le début d'une paralysie générale.

Pour Judson, S. Bury (2) (juillet 1896), les symptômes de la neurasthénie prodromique, ont un substratum organique : la méningo-encéphalite. « Les névroses dites fonctionnelles dépendent fréquemment de lésions organiques et notamment les signes de la neurasthénie ne sont souvent que la première période de la paralysie générale ou d'une tumeur cérébrale ».

La même année, Levillain (3), traitait à nouveau la question du diagnostic qu'il avait tenté en 1891. Les éléments manquent encore d'après lui pour formuler une opinion précise sur ces états neurasthéniques pré-paralytiques. « 1° On est plutôt en présence d'un état

(1) Gross d'Heidelberg. — *Über die frühe diagnose der progressiven paralyse. Allg. reit. f. Psych.*, s. IV, p. 11-54.

(2) Judson, S. Bury. — Diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et les maladies organiques du système nerveux. *British, méd. Journal*, 25 juillet 1896.

(3) Levillain. — *Essais de neurologie clinique. Neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes.* Paris, 1896.

neurasthéniforme que neurasthénique, évoluant spontanément sans cause commune ; 2° On trouve associés d'autres caractères non communs au type de Beard, où prédominent certains symptômes qui, par cela même, doivent éveiller l'attention et rendre circonspect.

En 1897 Régis (1) dans la Presse médicale a publié un article très documenté sur la neurasthénie et la paralysie générale. L'auteur divise les malades neurasthéniques syphilitiques en deux classes : « les neurasthéniques nerveux, les neurasthéniques cérébraux. » Chez les premiers la syphilis vient simplement accuser, renforcer la névropathie déjà présente. Ils n'ont guère que l'image l'apparence de la paralysie qu'ils redoutent tant... Chez les seconds au contraire « il ne faut pas s'amuser à faire un diagnostic, mais plutôt crier : « gare à la paralysie générale ! »... leur neurasthénie c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition non fatal, mais critique entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques.

La même année, Klippel (2), dans son ouvrage sur les paralysies générales, insiste sur cette particularité diagnostique.

En 1898, il faut noter un article de Hoche (Diagnostic précoce de la paralysie générale) où se retrouve discutée la question du diagnostic différentiel de la P. G,

(1) Régis. — Neurasthénie et paralysie générale *Presse Médicale* 1897, 7 avril, p. 151-159.

id. Précis de psychiatrie. Paris 1909.

(2) Klippel. — Les paralysies générales. Paris 1898.

au début, avec la neurasthénie, et en 1900 un article de Timofeiew (1), (Matériaux pour servir au diagnostic de la paralysie générale). Ce dernier auteur rapporte deux observations de neurasthénie certaine passant graduellement et imperceptiblement à la P. G, qui ne devient manifeste que par les symptômes qui lui appartiennent en propre.

En 1901 Bertin, dans sa thèse sur la paralysie générale établit en quelques lignes le diagnostic entre la paralysie générale et les signes neurasthéniformes que l'on peut rencontrer au cours de cette affection ; mais il le fait en termes vagues, sans insistance ; l'importance de la question semble lui avoir échappé.

A l'article paralysie générale du traité de pathologie mentale publiée sous la direction de M. le Professeur Gilbert Ballet (2), (1903) est soulignée la complexité du diagnostic, dans le cas de neurasthénie tardive, chez un ancien syphilitique. « Il peut en effet s'agir soit d'une association de neurasthénie et de paralysie générale, soit d'une paralysie générale à masque pseudo-neurasthénique, soit d'une neurasthénie chez un ancien syphilitique à forme pseudo-paralytique. » La liaison des symptômes neurasthéniques préparalytiques au processus de méningo-encéphalite est affirmée une fois de plus. « La neurasthénie n'est pas une maladie c'est un syndrome d'origine étiologique diverse : parmi les causes étiolo-

(1) Timofeiew. — Matériaux pour servir au diagnostic de la paralysie générale. *Obozrénie Psichiátrii* 1900.

(2) Gilbert Ballet. — La mélancolie intermittente. *La Presse Médicale* 14 mai 1902.

giques de développement de l'état neurasthénique, figure le début du processus paralytique, seulement la nature de ce processus imprime à l'état neurasthénique créé par lui, un cachet spécial, une modalité déméntielle particulière » (Dupré).

Péridier (1) dans sa thèse (Lyon 1904) donne plusieurs observations de paralysie générale à début neurasthénique, et établit le diagnostic en se basant sur le psychisme. « L'intelligence n'est jamais intacte dans la méningo-encéphalite diffuse ; on note l'absurdité et l'illogisme des conceptions, leur frivolité ; le neurasthénique, au contraire, analyse à fond ses sensations, il raisonne, c'est là le point principal, le nœud de la question.

En 1905, De Fleury (2), solutionne cette question dans le même sens.

En 1905, il faut mentionner un travail de Dercum (3), sur le diagnostic précoce de la paralysie générale. La base du diagnostic peut se résumer ainsi... chez le neurasthénique les symptômes sont surtout subjectifs, objectifs chez le paralytique.

Petrazzani (4), en 1907, s'efforce de démontrer l'absolue identité symptomatologique et étiologique de la

(1) Péridier. -- Contribution à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale. Th. Lyon 1904.

(2) M. de Fleury. -- Les grands symptômes neurasthéniques. Paris Alcan 1901.

(3) Dercum. -- Le diagnostic précoce de la paralysie générale. *Ann. Médic. Psych.* Avril 1905.

(4) Petrazzani. -- Neurasthénie et paralysie générale. *Kivista sperimentale di freniatria* 1907. (*Anal. in Rev. Neurol.* 1908, p. 317).

neurasthénie préparalytique « Pourquoi écrit-il phase neurasthéniforme de paralysie progressive et non neurasthénie vraie et particulière à la paralysie ? Sur quels phénomènes incontestables s'est-on basé pour fixer un choix définitif entre les deux formules possibles d'interprétation ? La solution adoptée a-t-elle dans les phénomènes cliniques des bases si solides et si sûres qu'on doive la retenir comme une chose jugée et au couvert de toute critique et de toute suspicion ? »

« Lorsque la neurasthénie se développe chez les sujets parasyphilitiques, chez les héréditaires chez des arthritiques ou des alcooliques elle est suivie fort souvent de la paralysie générale. Ces faits permettent un rapprochement étiologique entre la neurasthénie et la paralysie générale ; la neurasthénie est ordinairement causée par une intoxication subaiguë ou chronique, exogène ou endogène d'origine inconnue. »

En 1908, Clapier (1), élève du professeur Régis, dans sa thèse sur le diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie préparalytique, conclut à l'impossibilité dans un grand nombre de cas du diagnostic symptomatique.

« 1^o. — Il n'existe aucun signe pathognomique pour différencier les états neurasthéniques simples des états neurasthéniques préparalytiques. La ponction lombaire elle-même ne peut pas donner une certitude absolue.

2^o. — Dans les cas les moins difficiles, on se trouve en présence d'un mélange de signes de paralysie au

1^o Clapier. — Diagnostic de la neurasthénie et de la neurasthénie paralytique. Th. Bordeaux 1908.

début et de neurasthénie ; le diagnostic de neurasthénie préparalytique se fait alors par la prédominance des signes de paralysie générale au début.

3^e — Les principaux signes que l'on pourra rencontrer sont dans le domaine psychique : des défaillances de la mémoire, des erreurs de calcul, des dispositions expansives et vaniteuses, de la perversion du sens moral, etc ; dans le domaine physique : l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll permanent, l'hésitation, les accrocs de la parole, les ictus, la lymphocytose rachidienne..., etc.

III. — Dans d'autres cas, la constatation dans les signes présents de certaines nuances permettra seule de prévoir l'évolution ultérieure d'une paralysie générale. Les principaux de ces signes avant-coureurs sont : du côté intellectuel, une ébauche d'affaiblissement mental contrastant avec le simple affaiblissement neurasthénique ; du côté affectif : des modifications diverses du caractère profondes et durables ; du côté physique : la multiplicité, la variabilité, l'étrangeté de l'ensemble des symptômes douloureux et, au contraire la permanence des troubles pupillaires.

IV. — Lorsque l'état neurasthénique paralytique ne semblera être que l'expression pure et simple de la maladie de Beard, les anamnestiques et l'étiologie pourront fournir de précieux renseignements.

En 1909 Rogues de Fursac (1), aborde de nouveau la question ; enfin, dans un travail récent Monestier (2)

(1) Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie. Paris 1909.

(2) Monestier. — Des rapports de la mélancolie, de la neurasthénie et de la paralysie générale. Th. Toulouse, nov. 1911, p. 10-21.

(Thèse Toulouse 1911), étudie les rapports de la neurasthénie et de la paralysie générale, et résume ainsi ses recherches. « La neurasthénie n'est pas plus une phase de la paralysie générale que de la mélancolie. Quand elle précède la P. G. c'est une affection surajoutée.

Ce sont les causes prédisposantes, hérédité, fatigabilité, émotivité, etc., qui lorsqu'elles sont réunies à la syphilis ou au poison spécifique de la méningo-encéphalite — pour ne rien préjuger de sa nature — provoquent la neurasthénie préparalytique. Elle prépare le terrain à la P. G. par l'action des causes qui l'ont produite, et la persistance, la durée de la neurasthénie elle-même ; mais n'en est pas fatalement suivie.

Que conclure de cet exposé ? Que penser de ces états neurasthéniques ou pour employer le mot le plus exact de Levillain, de ces états neurasthéniformes que l'on peut rencontrer au cours de la paralysie générale ?

La multiplicité des faits accumulés par les divers cliniciens, la divergence des opinions émises ne sont pas sans laisser dans l'esprit une certaine confusion. D'après les notions étiologiques de l'asthénie, il est permis de supposer que la syphilis est susceptible à elle seule d'engendrer parfois une asthénie légère ou profonde, passagère ou permanente ; en outre depuis les travaux de M. le Professeur Fournier, il est classique d'admettre qu'un syphilitique peut présenter au cours de son existence un accès de neurasthénie franche et aiguë, au même titre qu'il est exposé à contracter toute

autre maladie, peut-être ce neurasthénique, après guérison de son accès, deviendra plus tard paralytique général, cette hypothèse est encore plausible ; mais de cet amas de documents il serait osé, semble-t-il, sans autre argument de déduire que chez un même individu, neurasthénie et paralysie générale, peuvent évoluer simultanément, s'associer, se greffer l'une sur l'autre.

La maladie de Beard, bien isolée et identifiée, a et doit garder une individualité toute personnelle.

La neurasthénie a pour élément fondamental, l'asthénie, mais ce symptôme ne constitue pas à lui seul toute la maladie, aussi dès à présent nous croyons pouvoir écrire que les états dénommés états neurasthéniques paralytiques ou préparalytiques ne sont qu'une forme particulière de la paralysie générale : la forme asthénique. Forts des opinions de M. le Professeur Gilbert-Ballet et de Judson S. Bury, que nous avons mentionnées dans les pages précédentes, encouragés par le résultat de nos recherches, nous nous croyons autorisés à admettre que chez le paralytique général déprimé, les premiers symptômes asthéniques sont contemporains du début de la paralysie générale, que l'apparition, leur développement sont parallèles à l'éclosion, à l'évolution du processus organique. L'asthénie peut subsister pendant tout le cours de la paralysie générale progressive, parfois elle peut tantôt n'y jouer qu'un rôle épisodique, tantôt céder sa place à l'hypersthénie ou alterner avec elle, dans tous les cas elle demeure toujours sous la dépendance de la lésion organique,

elle ne se surajoute pas à la maladie de Bayle, elle est fonction du même substratum anatomo-pathologique : la meningo-encéphalite.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION CLINIQUE. DE LA FORME ASTHÉNIQUE. DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Période de début. — Un malade, ancien syphilitique le plus souvent, vient consulter pour des troubles qu'il décrit ordinairement de la façon suivante :

Il a remarqué que depuis quelques temps ses forces diminuent, il ne peut plus soutenir un travail continu sans éprouver rapidement une lassitude, un « éreintement » disproportionnés à l'effort qu'il fournit.

De plus, raconte-t-il, sa mémoire diminue, il lui semble par moments que « sa tête est vide » il assemble difficilement ses idées, et parfois dans une conversation il a de la peine à retrouver le mot propre de la chose qu'il veut désigner.

Parallèlement à ces phénomènes d'ordre asthénique, d'autres symptômes plus ou moins accusés, mais d'une importance capitale, se manifestent chez le paralytique général asthénique. Toujours contemporains de l'amyos-

thénie et de l'anidéation, ils traduisent aux yeux de l'observateur le déficit mental du malade, l'œuvre destructive de la méningo-encéphalite. Le malade se néglige dans sa tenue, il déroge parfois aux convenances sociales, manque de réserve dans ses propos. Il témoigne des sympathies ou des antipathies non motivées, il manifeste des bizarreries du jugement, du caractère, des troubles de l'affectivité : un jour il s'inquiète de son état, et désire se soigner, le lendemain il ne s'en préoccupe plus.

A cette période de la maladie, les signes démentiels sont si légers qu'ils passent souvent inaperçus ; il faut tenter de les dépister dans la vie journalière du malade, multiplier les examens, recueillir avec soin et le plus de détails possibles, toutes les remarques intéressantes qu'ont pu faire la famille, l'entourage.

Il est nécessaire de compléter cet examen mental par un examen somatique. La sensibilité, la motilité doivent être explorées avec soin. La recherche des signes oculo-pupillaires (inégalité, réactions lumineuses) l'examen des réflexes, de la parole, de l'écriture, l'étude cytologique et clinique du liquide céphalo-rachidien avec réaction de Wassermann, s'imposent au médecin. Ces signes peuvent manquer ; malgré leur absence il faut se tenir sur ses gardes, et penser à l'existence toujours possible d'un début de paralysie générale.

Période d'état. — A la période d'état, les symptômes asthéniques s'accusent encore davantage ; la faiblesse musculaire et idéative s'accroissent, le malade

est anéanti : « Je n'ai plus de force... Je ne suis plus d'attaque... Je ne suis pas comme à l'habitude... si je force à travailler je suis bientôt épuisé, éreinté... Je suis affaibli de partout ; dans le corps, dans la tête... Je n'ai plus les membres libres... », tels sont les termes qu'emploie un de nos malades (obs. VII) pour décrire son amyosthénie.

Un autre de nos malades traduit ainsi son état : « Je suis malade... Je suis affaibli... Je ne peux plus travailler... » (obs. VIII).

L'asthénie musculaire peut être très marquée au point d'immobiliser le malade. Il reste des heures entières dans la même attitude, à la même place à moins qu'on ne l'oblige à se mouvoir, à marcher. Il se déplace lentement, péniblement, quelquefois même il s'alite : un de nos malades (obs. IX) ne quittait son lit que contraint par sa famille qui le raillait et le disait atteint de la maladie du sommeil.

La constipation traduit l'asthénie gastro-intestinale.

L'anidéation fait aussi des progrès ; la mémoire devient de plus en plus paresseuse, les idées du malade « s'embrouillent », l'évocation du passé est difficile. Les réponses aux questions qu'on pose au malade sont lentes, prononcées d'une voix sourde et monotone ; chacune de ses réponses paraît nécessiter de la part du malade un effort violent, et le fatiguer énormément : Parfois il ne répond que par monosyllabes. « Oui, non, ah, peut-être », dans les cas graves il observe le mutisme le plus complet.

A mesure que les symptômes asthéniques progressent l'état dementiel devient plus apparent, la déchéance de toutes les facultés physiques est manifeste.

Le jugement est notablement amoindri : le malade fait une description souvent très détaillée des troubles qu'il ressent, il y revient sans cesse et répète à satiété qu'il faiblit, mais il ne se rend pas compte de la gravité de sa situation qui périlite de jour en jour. Il dit : « Je ne peux plus travailler, je ne suis plus bon à rien » (obs. VIII) et quelques instants après, il demande à reprendre son travail dans quelques jours.

Un employé de chemins de fer (obs. XI) se dit à bout de forces, mais il continue à se rendre à son poste où il s'assoit et somnole.

Le paralytique général asthénique se sait à l'asile d'aliénés, mais les raisons de son internement lui échappent. « Je suis en convalescence », dit-il, (obs. VIII). Il commet des erreurs grossières, il ne cherche pas à les corriger, il n'y attache aucune importance, quand on les lui signale ; en face des preuves les plus positives de ses imperfections de langage et d'écriture le malade ne manifeste aucun étonnement, il donne des explications d'une puérilité et d'une niaiserie véritables.

Le manque de suite dans les idées est flagrant, le malade est incapable d'apprécier la diminution de sa valeur professionnelle. La volonté perd sa continuité, le pouvoir de contrôle et de critique a totalement disparu.

Comme tout asthénique, le paralytique général as-

thénique évoque lentement, péniblement ses souvenirs, mais en l'interrogeant, on constate toujours un amoindrissement notable, quelquefois même une perte absolue, globale de la mémoire (1).

Cet affaiblissement, ce déficit, très précoces, conséquence des lésions anatomiques, entraînent des troubles profonds, non seulement dans le domaine intellectuel, mais encore dans le domaine moral.

Le malade ignore la date du jour, le nom du mois, le millésime de l'année, le nom de ses amis, des choses les plus usuelles.

Il ne se rappelle plus les principaux événements de sa vie, il ne sait plus à quel âge il s'est marié. « J'avais 21 ans... 25 ans... 19 ans... c'était en 1800... » (obs. VII). Par oubli encore il néglige les soins les plus élémentaires de la toilette, il enfreint les règles de la bienséance la plus vulgaire.

Du fait même de l'asthénie, l'attention du paralytique général se relâche, se fatigue rapidement ; en outre elle présente chez ce malade une mobilité toute spéciale, caractéristique du processus organique. Le malade répond au hasard aux questions qu'on lui pose, il commence un récit, le laisse inachevé, l'interrompt par un autre. On cause en sa présence de la gravité de son état, de sa déchéance, le malade a l'air étranger aux paroles qu'on prononce, au diagnostic que l'on formule, au pronostic que l'on porte ouvertement, un rien le

(1) R. Benon. — L'amnésie dans la paralysie générale. *Gaz. des Hôp.* 5 août 1911, n° 88, p. 1315-1321.

distrain de la conversation, il parle de toute autre chose.

Émotivité. — Les réactions émotionnelles cadrent chez ces malades avec l'état de leur jugement.

Le paralytique général asthénique s'inquiète de son état, sa faiblesse musculaire et idéative dont il conserve longtemps en apparence du moins, une conscience assez nette devient sa préoccupation habituelle. Il s'ensuit un abattement extrême, un découragement profond et invincible. Le malade se lamente facilement sur son état, mais ses lamentations cessent rapidement, une consolation banale le détourne de ses préoccupations.

« Si je dois rester comme ça, c'est pas la peine de vivre... Je regrette d'avoir bu... Mes enfants pourront peut-être s'en ressentir... J'ai perdu ma situation... Il n'y a qu'à me tuer. » répète sans cesse un de nos malades (obs. VII) ; au fond il n'est guère ému de sa déchéance, l'annonce d'une prochaine amélioration ramène sur ses lèvres le sourire au milieu des larmes.

« Je suis fichu..., j'ai peur de mourir..., je vais passer cette nuit..., je n'en ai plus pour longtemps..., j'ai la gorge serrée..., les aliments me gênent..., l'estomac est bouché..., guérissez-moi. » telles sont les plaintes qu'adresse chaque jour un autre malade, (obs. VIII); en réalité la constatation de ces faits ne l'inquiète guère, il est vite convaincu de sa guérison, il en parle avec joie et manifeste une satisfaction marquée, exubérante et sans mesure, au souvenir de sa force musculaire d'autan qu'il retrouvera sous peu.

D. — Ça ne va pas si mal que cela ? — R. — Non.

D. — Rien ne vous inquiète ? — R. — Non.

D. — Vous êtes heureux ? — R. — Oui.

D. — Vous allez vous guérir ? Vous deviendrez fort ?

R. — Oui. Je veux des remèdes.

D. — On vous sauvera sans cela ? — R. — Oui.

Cette inquiétude peut aller parfois jusqu'à l'anxiété et même jusqu'à l'agitation anxieuse. Dans quelque cas le paralytique général asthénique manifeste des idées de suicide, rarement il s'y arrête, naguère découragé, il rit bientôt de ce qui devrait l'affecter. Son calme est autant disproportionné que l'était il y a peu de temps son désespoir.

Quelquefois cependant le paralytique général réalise ses projets, mais le choix des moyens, l'exécution elle-même sont empreints d'une gaucherie, d'une absurdité caractéristiques.

Le malade peut s'irriter contre son internement, mais sur une simple exhortation, il se radoucit rapidement, le calme fait place à la colère.

Cet abattement, cette inquiétude, ces tendances au suicide, cette colère, masquent une indifférence presque complète. On retrouve la mobilité, la fugacité, les contradictions qui sont à la base de toutes les conceptions du paralytique général révélant ainsi son état déméntiel.

Symptômes somatiques. — Les troubles somatiques qu'il est souvent difficile de déceler à la période du début de la paralysie générale sont à la période d'état fortement accusés et d'une haute valeur diagnostique. On

les trouve étudiés en détails dans tous les traités de Pathologie mentale (1), nous les exposerons brièvement.

Motilité. — Les troubles de la motilité comprennent le tremblement et l'ataxie des membres, de la face et de la langue, les troubles de l'élocution et de l'écriture.

Le tremblement est généralisé mais prédomine aux extrémités. Il présente à la fois de la trémulation fibrillaire et de l'instabilité, appréciable aux membres supérieurs et inférieurs il est très manifeste aux lèvres, à la langue, aux muscles de la face.

Des troubles de la motilité, les troubles de la parole et de l'écriture, sont de beaucoup les plus importants à connaître à cause de leur caractère souvent pathognomique.

Tous les troubles du langage admis par Séglas se rencontrent chez le paralytique général asthénique, mais les dysarthries ou dyslalies sont les troubles neuromusculaires pathognomoniques de la paralysie générale (accrocs, faux-pas, élisions, paroles explosives, redoublements et oublis de syllabes).

Les troubles de l'écriture, analogues aux troubles de la parole relèvent les uns des perturbations mentales, les autres des perturbations motrices, (omissions de mots, de lettres, phrases inachevées, griffonnage, irrégularité des lignes, ratûres, taches d'encre, papier chiffonné, sale).

(1) Gilbert Ballet. — Traité de Pathologie mentale. Art. Paraly. génér., pages 920-946 (Dupré) Paris 1903. — Régis, Précis de Psychiatrie. Art. paraly. gén., pages 774-793, Paris 1909.

Tous ces troubles de même que tous les autres, s'accroissent progressivement au point que dans les phrases ultimes, la parole devient un bredouillement presque inintelligible, l'écriture n'est plus qu'un chaos indéchiffrable.

Troubles oculaires. — Ces troubles sont multiples, mais les troubles pupillaires sont les plus constants : inégalité pupillaire, déformation des pupilles, signe d'Argyll-Roberston ; les lésions du fond de l'œil semblent avoir une valeur sémiologique importante, aucun de ces signes n'est particulier à la paralysie générale.

Troubles des réflexes. — Les réflexes tendineux et cutanés sont toujours altérés, mais les opinions les plus diverses ont été émises pour déterminer leur mode d'altération le plus constant.

Troubles de la sensibilité générale et spéciale. — *Troubles vaso-moteurs et trophiques.* — *Troubles des grands appareils.* — Ces troubles sont très variables ; chez le paralytique général asthénique, ils sont la plupart du temps subordonnés au syndrome asthénie. (voir chapitre II, syndrome asthénie). L'étude du liquide céphalo-rachidien, quoiqu'on ne puisse pas donner encore de formule cytologique exacte de ce liquide dans la paralysie générale, décèle le plus souvent la présence de nombreux lymphocytes.

Cette lymphocytose est absente parfois, d'ailleurs elle ne suffit pas à affirmer la méningo-encéphalite paralytique, elle révèle simplement l'existence d'une inflammation méningée. L'hyperalbuminose est souvent la règle.

La réaction de Wasserman faite avec le liquide céphalo-rachidien est dans la majorité des cas positive et possède une grande valeur diagnostique.

A cette époque il est fréquent de voir survenir des ictus épileptiformes, apoplectiques, aphasiques.

Période terminale. — Après une durée plus ou moins longue de la période d'état, le malade s'achemine vers la période terminale caractérisée par l'exagération profonde de la démence et l'apparition du gâtisme. Le paralytique général asthénique se dégrade de plus en plus il présente le tableau de la déchéance la plus profonde et la plus lamentable, la ruine psychique est complète à part quelques cas exceptionnels signalés par les auteurs, la mort est la terminaison constante de cet état.

Evolution. — La paralysie générale à forme asthénique est comme toutes les formes de la maladie de Bayle une maladie essentiellement chronique et progressive.

Après un début marqué par des manifestations très légères, des troubles très fugaces et d'une durée très variable, susceptible d'embrasser non seulement des semaines et des mois mais encore des années, les symptômes asthéniques s'accroissent, l'état démentiel progresse parallèlement.

Il est des cas cependant où cette évolution offre des caractères spéciaux. L'amyosthénie, l'anidéation peuvent parfois s'amender, quelquefois même disparaître créant ainsi soit des fausses rémissions si les symptômes fondamentaux de démence persistent, soit des vraies

rémissions caractérisées par l'arrêt, l'atténuation, la disparition de ces symptômes fondamentaux eux-mêmes.

Dans certains cas le malade paralytique asthénique devient hypersthénique en maniaque. Sa force musculaire est exaltée, il éprouve un sentiment de bien-être et de légèreté du corps, son intelligence présente une suractivité inaccoutumée, le malade est joyeux il rit béatement, se met parfois en colère ou s'attendrit niaisement. Tous ces symptômes hypersthéniques ont le même caractère absurde et illogique caractéristiques des conceptions du Paralytique général.

Les phases asthéniques et maniaques peuvent alterner, cette forme asthénie maniaque est loin d'être rare.

Terminaison. — La paralysie générale à forme asthénique aboutit presque fatalement à la mort,

La mort survient soit dans un ictus apoplectique, soit à la suite d'un état de mal épileptique.

Le malade peut être emporté par une complication intercurrente ou succomber aux progrès de la cachexie terminale.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE A FORME ASTHÉNIQUE ET DE LA NEURASTHÉNIE.

Le diagnostic de la neurasthénie et de la paralysie générale de forme asthénique a une importance de tout premier ordre. A la période d'état de la méningo-encéphalite, les signes psychiques et physiques sont nettement caractérisés, et le diagnostic ne présente pour le praticien aucune difficulté. Au début de l'affection, où les symptômes psychiques sont à peine accusés, où les troubles somatiques font souvent défaut, le diagnostic est fort délicat et c'est à ce moment qu'il est capital pour le médecin de l'établir tant au point de vue médical qu'au point de vue médico-légal.

En présence d'un syphilitique asthénique, certains signes permettent-ils d'affirmer que le malade est un neurasthénique ou un paralytique général? Pour résoudre cette question il est nécessaire de comparer les prin-

cipaux troubles communs aux deux affections et d'étudier les caractères différentiels que peut présenter un symptôme à première vue identique dans les deux états.

1^o *Amnésie. Anidéation.* — L'amnésie, chez le paralytique général asthénique, est un des premiers troubles qui annoncent la meningo-encéphalite. Au début elle est très peu marquée, elle ne se manifeste que par intervalles dans les paroles ou les actes du patient : ce sont journellement des méprises, des erreurs dans les calculs, des fautes commerciales, des légèretés professionnelles, des oublis. Le plus souvent ces troubles passent inaperçus d'autant que le paralytique général continue assez longtemps l'exercice quotidien de sa profession.

Chez le neurasthénique au contraire les souvenirs sont intacts : la mémoire paraît souvent infidèle en ce qui concerne les faits récents et postérieurs au début de la maladie, mais il ne s'agit pas là de phénomènes amnésiques à proprement parler. Sans doute le malade dit qu'il perd la mémoire, mais ce que l'on constate c'est la prédominance des phénomènes d'anidéation sur les phénomènes d'ordre amnésique, c'est seulement l'évocation spontanée ou provoquée qui est défectueuse. Le malade doit faire effort pour retrouver ses souvenirs et cet effort est pour lui si pénible qu'il y renonce fréquemment.

L'idéation en principe est toujours très lente chez le neurasthénique. Il ne peut pas rappeler le fait qu'on lui demande de préciser, il redoute la fatigue, évite de chercher et répond : « Je ne sais plus... Je ne me rappelle

plus. » Si on insiste près de lui pour obtenir le renseignement désiré, si on lui laisse prendre son temps, il donne une réponse toujours tardive mais exacte. La mémoire ne présente donc pas de lacunes, elle n'est que paresseuse engourdie dans tous ses modes.

Le paralytique général asthénique a aussi de l'anidéation. Il dit : « Je ne sais plus... » ; on répète alors la question, on réclame une réponse exacte, le malade semble réfléchir, il essaie plus ou moins de trouver et brusquement, hâtivement il émet à tort et à travers des idées multiples et quelquefois même contradictoires, car il n'est jamais très embarrassé. Ses efforts ne sont jamais aussi intenses que ceux du vrai neurasthénique.

2° *Troubles de l'attention.* — Le neurasthénique n'a pas l'énergie nécessaire pour concentrer son attention. Toute étude, toute lecture, toute conversation un peu suivie lui sont pénibles. Quand par des exhortations ou bien encore en élevant la voix, on parvient à réveiller en quelque sorte le malade, le neurasthénique est capable de prendre part à un entretien, de se livrer à ses occupations habituelles. Dès que la fatigue se fait sentir, l'attention du patient se relâche mais il ne s'obstine pas, il s'arrête.

Dès le début de son affection, le paralytique général présente une diminution souvent notable de l'attention. Si malgré son affaissement il se décide à entreprendre un travail, il commet mille maladresses, on les lui fait remarquer, on le croit attentif, un instant après il renouvelle ses fautes, malgré toute l'application qu'il

semble apporter dans l'exécution de sa tâche : l'attention fait défaut, il travaille au hasard. Dans une conversation à laquelle le malade semble s'intéresser il tient subitement des propos étrangers au sujet, quelquefois niais et puérils ; les auditeurs manifestent leur étonnement, le paralytique ne remarque pas leur surprise. La conversation change, le patient ne s'en aperçoit pas, il tente de continuer son récit ou le laisse inachevé.

3^e *Troubles du jugement.* — Le diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la paralysie générale à forme asthénique, repose surtout sur l'étude des troubles du jugement et de l'émotivité pathognomoniques peut-on dire de la méningo-encéphalite. Le neurasthénique apprécie nettement les moindres détails de sa maladie, il les analyse avec soin, il les décrit souvent minutieusement. Il abandonne ses occupations ordinaires, renonce à ses affaires ; le malade ne veut ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire. La constatation exacte de son incapacité, de sa faiblesse musculaire et idéative motive sa conduite. Le paralytique général ne se rend pas exactement compte des modifications de son état, c'est moins souvent lui qui les constate que son entourage. En tout cas s'il reconnaît que son énergie mentale et physique diminue et décline, s'il paraît suivre attentivement le travail de désorganisation psychique et physique qui s'opère en lui, s'il dit au médecin : « Je n'en peux plus, je perds la mémoire », il n'attache à ces troubles qu'une importance très relative. Il continue quelquefois tant bien que mal l'exercice de sa

profession malgré les remontrances, les observations que lui attirent chaque jour les maladresses, les erreurs qu'il commet. Il ne juge pas à sa juste valeur la diminution de sa capacité professionnelle, il n'apprécie pas toute la portée de ses fautes et de ses oublis.

4° *Troubles de l'émotivité.* — Le neurasthénique et le paralytique général asthénique présentent une émotivité bien différente. Sans doute ils offrent des réactions affectives communes. Ils se préoccupent de leur santé, s'en inquiètent rapidement, puis devant leur impuissance à réagir, devant l'inutilité de leurs efforts, ils se croient irrémédiablement perdus, leur inquiétude peut se transformer en anxiété, mais autant l'inquiétude, l'anxiété sont durables et profondes chez le neurasthénique, autant elles sont transitoires et superficielles chez le paralytique général asthénique ; elles cachent en réalité, chez ce malade, une indifférence émotionnelle presque complète. Le paralytique se laisse facilement convaincre qu'il va guérir ; des consolations, des encouragements banaux le détournent de ses préoccupations, et amènent fréquemment chez lui une gaieté enthousiaste et disproportionnée.

Sous l'influence de leurs préoccupations, le neurasthénique et le paralytique général asthénique peuvent songer au suicide et aller même jusqu'à le désirer : mais, rarement ils mettent leur désir à exécution, car il leur manque l'énergie nécessaire à l'accomplissement de leur désir. Cependant le suicide est plus fréquent dans

a neurasthénie que dans la paralysie générale.

Le neurasthénique et le paralytique général asthénique sont ordinairement très irritables. Ils s'irritent de leur état de faiblesse, souvent même ils s'emportent pour des futilités : un simple avis qu'on leur donne, un bruit, un rire qu'ils entendent les impatiente. L'irritabilité du paralytique général aboutirait plus rapidement à la violence que celle du neurasthénique, de plus elle céderait plus facilement au moindre incident ; le malade se calme avec autant de facilité qu'il était emporté l'instant d'avant.

5° *Troubles de l'activité.* — L'amyosthénie est commune aux deux affections. Le neurasthénique au début de sa maladie tout au moins lutte contre sa faiblesse musculaire ; le paralytique général constate que ses forces diminuent mais il ne tente pas d'y remédier, il abandonne son destin au hasard et devient vite apathique, inerte. A un moment il fera preuve d'une excitation colérique en désaccord avec l'épuisement qu'il accuse. Les troubles de son activité sont subordonnés à ceux de son jugement et de son émotivité.

6° *Troubles de la sensibilité.* — Dans la neurasthénie comme dans la paralysie générale asthénique, on trouve de nombreux troubles de la sensibilité : la céphalée, la rachialgie, les vertiges, les crampes sont les plus fréquents.

Tous les cliniciens ont tenté de différencier ces signes et ont émis des avis contradictoires. Pour notre part, nous sommes portés à croire, avec M. le Professeur

Gilbert-Ballet que dans la paralysie générale « les douleurs sont multiples, essentiellement mobiles, variables d'un jour à l'autre. »

7° *Troubles des fonctions organiques.* — Du côté des fonctions organiques, les troubles multiples que l'on peut observer dans la neurasthénie sont susceptibles de se rencontrer à la période de début de la forme asthénique de la paralysie générale. Il est un signe cependant qui mérite à notre avis, d'arrêter l'attention : le paralytique général présente le plus souvent de la boulinie ; le neurasthénique au contraire mange peu.

8° *Troubles oculaires.* — Les troubles oculaires dans la paralysie générale, même au début, ont été mis en relief par de nombreux observateurs, mais il ne faut pas oublier que d'autres auteurs avec Beard ont noté un grand nombre de signes oculaires dans la neurasthénie, en ajoutant toutefois que dans cette affection les troubles sont toujours transitoires et variables.

9° *Ponction lombaire.* — Dans ces dernières années, quelques cliniciens ont voulu voir dans la lymphocytose et la réaction de Wassermann, un critérium pour le diagnostic des cas douteux de paralysie générale.

Certes la neurasthénie simple ne saurait par elle-même occasionner de la lymphocytose révélatrice d'une inflammation méningée. De plus on a cité des cas de paralysie confirmée où l'examen du liquide céphalo-rachidien se montre dépourvu de lymphocytes. D'ailleurs de quel secours peuvent être le signe d'Argyll, la ponction lombaire et la réaction de Wassermann lorsque le neurasthénique est un ancien syphilitique.

De cette comparaison des phénomènes morbides physiques et psychiques du neurasthénique et de l'asthénique paralytique nous croyons pouvoir conclure qu'il existe toujours pour un même symptôme un ensemble de caractères différentiels, ou de simples nuances qui permettent de poser un diagnostic exact. Les troubles du jugement et de l'émotivité ont une importance capitale, toutefois ils peuvent être légers de telle sorte qu'il est nécessaire avant de formuler un diagnostic certain de répéter fréquemment les examens. Dans quelques cas il serait presque nécessaire pour arriver à un diagnostic exact de vivre près du malade, aussi le diagnostic dans une maison de santé ouverte est-il souvent plus facile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(in *La Semaine Médicale*, 21 nov. 1893, p. 529.

Article de M. le D^r Gilbert Ballet.

Résumé. — Docteur en médecine, 39 ans, en 1893, syphilitique, présente en 1886 des douleurs névralgiques à la tête. L'année suivante modification du caractère, irritabilité, sentiment général de faiblesse et de fatigue. Cet état maladif arrache des plaintes et des larmes au malade, *mais une simple distraction transforme cette tristesse en gaieté exubérante.*

Diagnostic de neurasthénie.

Six ans après diagnostic de paralysie générale qui depuis a évolué.

Homme de 39 ans, docteur en médecine, ancien syphilitique ayant toujours joui d'une santé parfaite jusqu'en 1886. Vers le milieu de cette même année, il se plaint de *névralgies* à la tête, qui vont et viennent sans fixité de siège ni de temps. Les traitements employés, préparations de quinine et autres, ne semblent pas les modifier d'une façon manifeste ; les douleurs disparaissent puis reviennent, aussi variables dans leur marche que mobiles dans leur siège. Au commencement de 1887, elles se

compliquent de *vertiges*, d'étourdissements ; dans le cours de cette même année, le caractère se modifie, devient particulièrement susceptible et très irritable. Peu après les digestions se montrent laborieuses et pénibles. En 1889, tous ces symptômes persistent ; il s'y joint de loin en loin un *sentiment général de faiblesse et de fatigue*, une incertitude toute subjective de la marche, qui fait que dans la rue le malade a peur de tomber. Sa tête est lourde par instants ; il a de la céphalée, survenant par intervalles à la nuque et au front, ainsi qu'une tendance au sommeil. Tous ces phénomènes vont s'accusant progressivement jusqu'au milieu de 1892. L'hydrothérapie qu'on emploie sous toutes les formes, les calmants, bromures et autres, les reconstituants, les médicaments propres à stimuler la digestion sont prescrits sans succès. Les troubles presque permanents (au moins le jour, car le sommeil a toujours été calme et profond), sont d'autant plus pénibles que le malade y prête attention ; ils lui arrachent des plaintes et des larmes, mais l'on est surpris de voir, quand X... est distrait et excité, l'expression de la souffrance et de la tristesse faire place à l'enjouement et à l'exubérance qui sont, à la vérité, dans le caractère normal du sujet. Tenu pour un simple neurasthénique, X... est pendant près de sept ans traité comme tel, lorsqu'au milieu de 1892, l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole, l'extrême irritabilité du caractère, l'affaiblissement intellectuel et quelques idées délirantes viennent révéler l'existence d'une paralysie générale qui depuis a suivi son cours habituel.

OBSERVATION II

(In Thèse Lyon 1904. Périquier. Observation III, p. 28)

Résumé. — M. X..., industriel.

« État de neurasthénie » pour lequel vient consulter le ma-

lade. Ne peut s'occuper de ses affaires. Triste, indifférent, égoïste.

N'accorde pas d'importance toutefois à ces troubles, et croit à un phénomène passager.

Pas de délire. Troubles de la mémoire.

Paralysie générale confirmée dans la suite.

Histoire de la maladie. — M. X..., 35 ans, grand industriel des environs de Lyon, sans antécédents héréditaires ni personnels de quelque importance.

Avoue avoir eu la syphilis vers sa 20^e année, insuffisamment soigné.

Vient consulter au début de 1904 pour « un état de neurasthénie » qui remonterait à six mois environ.

Il se plaint de ne plus pouvoir s'occuper de ses affaires ; son associé, dit-il, lui a fait observer qu'il a fait des erreurs dans sa comptabilité.

Etat actuel. — Ce qui frappe au premier abord, chez ce prétendu neurasthénique, c'est l'immobilité du masque contrastant avec la grande mobilité de la physionomie qu'ont ordinairement les véritables neurasthéniques.

Le fond de ces pensées est triste, mais il s'y surajoute une grande indifférence morale et un égoïsme profond sur laquelle sa femme appelle particulièrement l'attention.

D'autre part, bien qu'il se plaigne de ne pouvoir s'occuper de ses affaires, il n'attribue pas à ce trouble intellectuel toute l'importance qu'il mérite et se laisse très facilement persuader qu'il s'agit là d'un phénomène tout passager. »

Pas de troubles de la parole, ni de l'écriture. Erreurs dans les opérations d'arithmétique les plus élémentaires. Aucune espèce de délire, n'a commis aucun acte délictueux.

Léger tremblement des doigts.

Pas d'inégalité pupillaire, mais un peu d'ébauche du signe d'Argyll-Robertson.

Exagération nette des réflexes rotuliens. Pas de troubles de la marche, troubles de la mémoire évidents.

On a eu des nouvelles de ce malade ; la diminution de l'intelligence paraît nette et le diagnostic de paralysie générale à forme dépressive paraît s'imposer.

OBSERVATION III

(In Thèse Péridier, Lyon 1904. Observation IV, p. 29
(Résumée)

Résumé. — M. X., 36 ans, syphilitique, commet des négligences dans son service. Consulte un médecin, triste, inquiet. *Accuse une grande faiblesse.*

Troubles de l'écriture, et de la mémoire, erreurs dans les opérations arithmétiques, mais le malade *n'est pas ému* par la constatation de ces faits.

Céphalée, insomnie. Pas de délire.

Aggravation de cet état, confirmation du diagnostic de P. G. par l'observation des troubles somatiques.

Histoire de la maladie. — M. X..., 36 ans, contremaître d'un atelier de construction de chemin de fer.

Accidents syphilitiques à 20 ans, insuffisamment soignés. S'est parfois surmené dans son travail ; quelques excès alcooliques. Marié, sa femme n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

En janvier 1902 vient consulter, parce que depuis trois mois ses chefs ayant remarqué des négligences graves dans son service, l'ont prié de prendre un congé.

État actuel. — Le malade est profondément triste et déprimé, très préoccupé de son état et s'inquiète du sort qui est réservé à sa femme, s'il doit rester longtemps malade, il accuse d'autre part une grande faiblesse. « Malgré sa tristesse, il est parfois

« irascible, à la moindre contrariété ; les mains sont animées
« d'un léger tremblement à petites oscillations.

« Exagération des réflexes ; rien aux pupilles.

« Parole anonnante, bredouillante, avec léger tremblement
« des zygomatiques.

« L'écriture est tremblée, avec omission de mots.

« Le malade fait de nombreuses erreurs, dans les opérations
« arithmétiques les plus élémentaires, *et il n'est nullement émo-*
« *tionné par la constatation de ce fait.*

« La mémoire est très amoindrie, il n'y a aucune espèce de
« mégalomanie ni de délire d'aucune sorte ; le malade n'a com-
« mis aucun acte délictueux.

« Il se plaint de maux de tête et d'insomnie.

« Rien à l'examen des viscères : pas de troubles de la sensi-
« bilité. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

« Soumis sans succès au traitement spécifique pendant un
« mois, va passer trois mois à la campagne. A son retour les
« troubles de la mémoire ayant augmenté, et la difficulté du tra-
« vail étant aussi grande, il demande lui-même à entrer dans
« une maison de santé. Il n'y passe que quinze jours ; étant
« ennuyé de se trouver avec des fous, il demande sa sortie, et
« comme de fait, il ne délire en aucune façon on ne peut plus la
« lui refuser et il vient nous consulter.

« Aggravation manifeste, le malade est profondément abattu
« et découragé, facies immobile, inégalité papillaires avec
« Argyll, tremblement de la langue et des mains, grosse exagé-
« ration des réflexes sans trépidation épileptoïde, démarches
« paralytiques ; la parole est beaucoup plus bredouillante, les
« troubles de la mémoire sont nets ; le malade se plaint de
« céphalée ; facies congestif.

« Depuis lors (octobre 1902) il a été perdu de vue, il a proba-
« blement succombé aux progrès de la maladie. »

OBSERVATION IV

(In Thèse Lyon 1901 Périolier. Observation VI, p. 33)

(Résumée)

Résumé. — M. X..., 33 ans, médecin, remarque troubles de la santé et de la mémoire, impuissance sexuelle, changement de caractère, dix ans après accident primitif.

Ictus suivi d'une dépression physique et morale, avec troubles de la mémoire, dont le malade s'inquiète, mais dont il s'en détourne par des arguments de bien faible importance.

Au milieu de ces préoccupations tristes et sérieuses, idées puériles. Mort cinq ans après dans la démence après avoir présenté des crises d'excitation suivies de dépression.

Histoire de la maladie. — « M. X..., 33 ans, médecin de campagne. Père âgé de 70 ans, artério-scléreux ; mère 60 ans bien portante ; une sœur en très bonne santé..... Accident primitif vers 23 ans.....

« Vers le printemps de 1898, soit dix ans après l'accident initial, ce malade remarqua quelques troubles dans sa santé ; de temps en temps des céphalées, puis des vertiges, un peu de diminution de la mémoire, une diminution nette de la puissance sexuelle ». Changement de caractère.

En juillet 1898 petit ictus avec perte de connaissance incomplète. Aphasie passagère, troubles moteurs droits qui s'effacent en quelques jours. Depuis lors le malade a parfois un peu de paraphasie et de jargonaphasie.

État actuel. — « Ce qui frappe dans son état, c'est une dépression psychique et morale, en même temps qu'une grande clairvoyance sur son propre état, il insiste lui-même sur ses troubles de la mémoire, sur son incapacité au travail ; il nous pose

anxieusement la question de savoir « s'il n'est pas atteint de
« paralysie générale au début, et cette préoccupation constante
« augmente sa tristesse.

« Toutefois, malgré cette tristesse, il est évident qu'il n'ac-
« corde pas à ce diagnostic qu'en somme il a fait spontanément
« toute son importance, et il s'en laisse volontiers détourner
« par des arguments de bien faible portée.

« A cette époque, le diagnostic entre un syndrome neuras-
« thénique et un début de paralysie générale est très difficile,
« car la diminution de l'intelligence est très délicate à mettre
« en évidence, la persistance remarquable de la conscience
« empêche à première vue de se prononcer pour ce dernier
« diagnostic ».

Pas de tremblement des mains, pas de troubles de la parole
autre que ceux notés ci-dessus... Un peu d'inégalité pupillaire
avec ébauche d'Argyll-Robertson, un peu d'exagération des
réflexes rotuliens.

« L'écriture n'est pas tremblée, mais en la regardant attenti-
« vement on s'aperçoit qu'il y a des lettres ou des syllabes sau-
« lées, que les ratures sont fréquentes, que d'autre part les
« phrases s'enchevêtrent bizarrement et que l'auteur passe d'un
« sujet à un autre sans transition, ce qui donne un peu de dé-
« cousu au style ; qu'en ce qui concerne le fonds même de la
« pensée, ce style traduit à côté de préoccupations sérieuses et
« tristes sur son état de santé, des idées puériles qui contras-
« tent avec l'intelligence antérieure et la haute culture intellec-
« tuelle générale et spéciale du sujet ».

« Un certain degré de démence, au sens psychiatrique mo-
derne du mot, est évident ; il ne s'agit donc pas de phénomènes
neurasthéniques simples ».

Léger degré d'anosmie, quelques troubles de la gustation.
Pas de troubles de la sensibilité générale.

Traitement mercuriel. Le malade reprend courage.

« La confusion mentale et l'incohérence font des progrès, toute occupation intellectuelle est désormais impossible.

De temps en temps crises d'excitation suivies de dépression extrême et d'un amoindrissement de l'intelligence.

La mémoire diminue de plus en plus, et bientôt surviennent des troubles de la personnalité.

Pas de mégalomanie, pas d'idées de satisfaction, le caractère est généralement triste, le facies exprime l'oisiveté ou l'indifférence, mais jamais la gaieté.

Internement du malade. A plusieurs reprises quelques légers ictus avec aggravation de l'état initial.

Meurt cinq mois après l'apparition des premiers symptômes dans la démence et le gâtisme paralytiques.

OBSERVATION V

(In Thèse Péridier, Lyon 1904. Observation VII, p. 36)

(Résumée)

Résumé. — M. X..., 55 ans, employé, syphilitique, devient soudain triste, préoccupé, irascible, éprouve de la difficulté au travail. Consulte un médecin, *grande dépression générale se préoccupe sur sa faiblesse physique, mais une consolation banale le détourne bien vite de ses préoccupations.*

Pas de délire. Mort à la suite d'un ictus apoplectique.

Histoire de la maladie — M. X..., 55 ans, employé d'administration, examiné pour la première fois 26 août 1903.

Marié à 28 ans en 1883. A eu la syphilis 3 ou 4 ans avant son mariage, insuffisamment soigné.

La femme a eu deux fausses couches, la première à six mois, 4 ans après le mariage, la deuxième à un mois dix ans après.

A eu un 3^e enfant fille, âgée de 12 ans. Actuellement bien portante quoique très nerveuse,

Depuis 1888, douleurs lancinantes dans les jambes, soit diurnes, soit nocturnes.

Pas de crises viscérales, constipation habituelle.

« Depuis janvier 1903, le malade est triste, préoccupé, irascible : en même temps, il a éprouvé de la difficulté au travail, et ses chefs qui n'avaient jamais eu qu'à se louer de ses succès se sont plaints de lui et l'ont engagé à prendre un congé pour se reposer.

Etat actuel. — « Au premier examen, le 1^{er} août 1903, on constate un peu de tâtonnement dans la démarche, abolition des réflexes patellaires, de l'inégalité pupillaire, avec signe d'Argyll Robertson.

« Signe de Romberg est très net ; les douleurs fulgurantes sont diminuées et ont même presque complètement disparu tandis que sont apparus des phénomènes cérébraux : inaptitude au travail, impossibilité ou du moins difficulté de fixer son attention, grande tristesse avec dépression générale et préoccupation sur sa faiblesse physique, unie à des préoccupations d'une intensité extrême sur la santé de sa femme qui cependant est satisfaisante, ainsi que de sa fille qui est également en bonne santé. *Chose particulière, le malade ne se préoccupe nullement de son état de déchéance intellectuelle qui demande un peu à être cherché, mais est cependant réel.*

« La diminution de la mémoire est nette, il n'y a pas de tremblement de l'écriture, mais on remarque l'omission de lettres ou de syllabes.

« La rapidité des opérations intellectuelles est atteinte, erreurs dans les opérations d'arithmétique les plus simples. « Lorsqu'on fait remarquer au malade une erreur il n'en éprouve aucune émotion, Inversement il manifeste de la sensiblerie pour des objets de préoccupation très futiles, et pleurniche

« volontiers. Puis tout à coup une ébauche de sourire béat vient
« trancher d'une façon contradictoire sur le fonds habituelle-
« ment triste des pensées : le malade se préoccupe d'un rhume
« qu'il a contracté, croit devoir en mourir, etc. ; puis une con-
« solation banale ramène sur ses lèvres le sourire, au milieu de
« larmes et puis le malade retombe dans son attitude sombre
« et triste. En même temps, il est très irascible, il s'emporte
« contre sa femme à la première et légère contradiction.

« A aucun moment, depuis le mois de janvier dernier, le
« malade n'a eu de délire sous aucune forme en particulier, pas
« de mégalomanie, aucun acte inconséquent. Tremblement de
« la langue. Anonnement et développement des syllabes. Un
« peu de céphalée sous forme de lancées. Traitement spécifique.

« Le 23 septembre 1903, il paraît y avoir une notable amé-
« lioration psychique ; le malade ne se trompe pas dans ses
« calculs ; il a l'air plus gai et moins irascible.

« Le 26 octobre 1903, l'amélioration n'a pas continué. Le
« malade est découragé, sombre et triste : il songe à l'avenir
« qu'auront sa femme et son enfant lorsqu'il n'y sera plus.

« Traitement mercuriel.

« Le malade se trompe de nouveau dans ses calculs : aug-
« mentation du tremblement de la langue.

« Le fonds du caractère consiste toujours dans un mélange
« de tristesse irritable et de défaut d'appréciation de son état.

« Il janvier 1904 : Paralysie générale s'affirme. L'euphorie
« est nette. Le malade entre en souriant en disant d'un air béat :
« Je vais très bien. De temps à autre, rire, mais machonnement
« fréquent, soubresauts tendineux durant une heure avant de
« s'endormir ».

Abolition des réflexes rotuliens, tremblement des doigts très
légers, réflexes tendineux des membres supérieurs abolis, réflexes
musculaires exagérés notamment au long supinateur. Argyll-Roberson. Inégalité papillaire, tremblement de la langue.
Facies congestif.

Mort subite en mai 1904 par ictus.

OBSERVATION VI

(In thèse Périquier, Lyon 1204. Observation VIII. p. 39)

(Résumé)

Résumé. — M. X..., docteur en droit, 25 ans, d'un caractère gai.

Devenu soudain triste, irascible abattu, impossible.

Avoue une faiblesse générale, une incapacité de travail absolue. Troubles de la mémoire, erreur de calcul. Lenteur dans l'exécution des actes qu'on lui demande.

Mais reste indifférent à cette dépression physique, à cette déchéance intellectuelle. Pas de délire.

Cinq mois après le début de cet état, crise d'agitation. Mort au bout de 8 jours.

Histoire de la maladie. — M. X..., docteur en droit, avocat, âgé de 25 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Intelligent et gai, a eu à l'âge de 20 ans, un petit bouton dans le sillon balano-préputial; cet accident fut qualifié d'herpès par un spécialiste. Maux de gorge peu après. Pas de traitement spécifique.

En janvier 1898, changement de caractère, il est devenu profondément triste et irascible; on a diagnostiqué chez lui « une neurasthénie » et le père consulte pour demander si un voyage pourrait lui ramener sa gaieté première.

Examiné le 1^{er} avril 1898.

Etat actuel. — « Ce qui frappe chez le malade au premier abord, c'est en effet une expression de tristesse profonde avec abattement; le masque, d'autre part, est immobile et impassible avec une nuance d'indifférence et même de stupeur.

« Il faut insister beaucoup pour obtenir des réponses lentes,

« à voix sourde et monotone ; chacune de ses réponses paraît
« nécessiter un effort violent de la part du malade. Il s'assied où
« on lui dit, et resterait immobile dans cette attitude, pendant
« toute la consultation, si on ne l'obligeait à se lever et à mar-
« cher.

« Lorsqu'on l'interroge sur son état, *il avoue une faiblesse*
« *générale, une incapacité de travail absolue, toutefois il se*
« *tourmente peu de cette diminution intellectuelle*, et ce fait seul
« suffit à mettre en garde contre le diagnostic proposé de neu-
« rasthénie.

« Sa mémoire présente des lacunes incontestables ; il fait de
« grandes erreurs de calcul, son écriture toutefois est correcte
« au point de vue de la ligne, mais quelques lettres sont omises.

« Il n'y a pas dans la parole de bredouillement, ni d'achop-
« pement des syllabes, mais un très minuscule tremblement des
« zygomatiques ; de temps à autre un peu de machonnement ;
« pas de tremblement de la langue,

« Très léger tremblement des doigts.

« Réflexes patellaires très exagérés, sans trépidation épilep-
« toïde.

« Un peu d'inégalité pupillaire, avec réaction paresseuse à la
« lumière.

« Le malade a un peu maigri depuis quelque temps ; il se
« plaint de céphalée et a une insomnie constante. Pas de délire,
« pas de mégalomanie, ni d'idées de satisfaction, ses idées sont
« toutes d'ordre triste comme l'indique sa physionomie.

« Pas de constipation, pas de fièvre, ni sucre ni albumine
« dans les urines.

« Affirmation du diagnostic de paralysie générale. Excitation
« maniaque quinze jours après l'examen, malgré la prescription
« d'un traitement antipasmodique, Internement d'urgence. Mort
« au bout de huit jours avec les symptômes classiques du délire
« aiguë.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. le docteur R. Benon)

Résumé. — Alcoolisme et syphilis. Début de la maladie en 1908-1910, par des phénomènes asthéniques : amyosthénie, amnésie, troubles du jugement concomitants ; douleurs dans les membres, dans les reins, la tête, aggravation progressive ; en février 1911, hospitalisation, puis placement à l'asile.

État actuel. — Février 1911. Persistance des phénomènes asthéniques qui occupent le premier plan du tableau clinique. Affaiblissement considérable des facultés intellectuelles ; troubles profonds de la mémoire, du jugement et indifférence émotionnelle générale. Exagération des réflexes rotuliens, dysarthrie, inégalité pupillaire avec modifications des réactions à la lumière. Démence paralytique. Mai : ictus apoplectique.

François, trente-six ans, menuisier, entre à l'H. G. de Nantes le 29 février 1912.

Histoire de la maladie. — Depuis l'hiver 1909-1910, le malade n'a cessé de se plaindre de faiblesse, d'anéantissement, de fatigue. La faiblesse a augmenté progressivement. Il disait : « Je n'ai plus de force... Je ne suis pas d'attaque... Je ne me sens pas comme à l'habitude... Qu'est-ce que j'ai donc ?... J'ai les jambes molles... Je manque de sang, je ne suis plus capable de scier mon bois ; je ne peux plus enlever quelque chose de lourd sans « brancholer » (osciller). S'il « forçait » à travailler, il était bientôt à bout, épuisé, éreinté. Par moments, il ne pouvait même pas monter dans son lit tellement il était faible. Il perdait aussi la mémoire ; il commettait sans cesse des oublis dans son travail ; il se montrait très inattentif, etc.

Il ne se rendait pas bien compte — et cela dès le début — de

la gravité de sa situation qui périlait de jour en jour. Il laissait tout aller, déjà très indifférent.

Son caractère s'était assombri. Il ne parlait que pour se plaindre. Fréquemment il se reprochait ses excès de boissons d'autrefois. Il n'était pas anxieux ; s'il disait par moments qu'il vaudrait mieux être mort que de ne plus pouvoir travailler, il ne persistait guère dans ces pensées. Il n'était pas coléreux.

Il se plaignait certains jours de douleurs dans les membres⁴, surtout du côté droit, dans les reins, dans la tête. Il avait aussi de la difficulté de parler (dysarthrie).

Depuis 1910, il n'arrivait plus à gagner sa vie. Il a cessé tout travail en février 1911. Sa femme l'a gardé un an, son état s'est aggravé mais n'a pas varié.

Hospitalisé à l'Hôtel-Dieu puis dirigé sur l'asile en février 1912. Pas de réaction violente.

Etat actuel. — 29 février 1911 : Le malade est asthénique, ses facultés mentales sont très affaiblies.

Asthénie. — Le facies figé, l'œil terne, il garde l'immobilité. parle peu, lentement, sans geste : « Je suis affaibli de partout dans le corps, dans la tête... Je n'ai pas les membres libres... Je suis malade... Si je dois rester comme ça, ce n'est pas la peine de vivre... Je perds la mémoire... C'est d'avoir bu. Je le regrette... Mes enfants pourront peut-être s'en ressentir... J'ai perdu ma situation... » On lui arrache ces phrases lambeaux par lambeaux. Il apparaît tout d'abord comme relativement assez capable de juger sa situation ; l'examen prolongé et répété montre qu'il n'en est rien.

La déchéance intellectuelle est très marquée.

Le malade dit son nom, son prénom, sa profession, mais il ne se rappelle plus son âge. Il évoque difficilement le nom de sa femme.

Il ignore l'année actuelle, le mois, la date, le jour, la saison. Il est incapable de dire en quelle année ou à quel âge il s'est

marié. « J'ai vingt et un ans... vingt-cinq ans... dix-neuf ans... c'était en 1880... Il se trompe également sur l'année de sa naissance.

Il sait qu'il est à l'hôpital, mais il ignore le nom de cet hôpital. Il vient de St-C..., où il s'est marié et où il est né.

Il raconte sa vie et s'éveille un peu : « J'ai beaucoup voyagé. Je buvais de l'absinthe autrefois. Je n'ai jamais fait de mal, ni volé, ni tué. J'étais menuisier. Je suis parti à l'âge de treize ans. J'ai été à Marseille, à Bordeaux, à Lyon, à Paris. J'ai fait mon service militaire à Nantes. Je gagnais bien ma vie. J'étais un bon ouvrier très avantageux. J'ai gagné jusqu'à huit francs par jour ». C'est là à peu près tout ce qu'on peut tirer de lui. Si on insiste, il ne fait que répéter ce qu'il a déjà dit. Il se répète jusqu'à quatre ou cinq fois en un quart d'heure, soit par oubli, soit par indifférence.

Du reste son jugement est très diminué. Il ne cherche pas à corriger les erreurs qu'on lui signale, et auxquelles, en paroles, il paraît attacher de l'importance. Il dit maintes fois, si on lui montre ses contradictions : « J'ai perdu la tête... la mémoire est partie... Si on insiste, si on lui montre la gravité de son état, car spontanément il ne la voit pas, si par trois ou quatre fois on lui dit que peut-être il ne guérira pas, il finit quelquefois, pas toujours, par répondre : « Alors il n'y a qu'à me tuer... Je ne suis pas fou au point d'aller à l'asile... je raisonne. » C'est tout ce qu'il est capable de dire. Il ne développe pas cette pensée. Du reste il suffit de changer la conversation et, immédiatement presque, ses jugements et raisonnements varient.

Les réactions émotionnelles cadrent avec l'état de son jugement. S'il apparaît comme en proie à la tristesse, s'il pleure assez facilement, s'il s'accuse à chaque instant d'avoir pris de l'alcool en excès, il est toujours au fond très indifférent. Il a en général tendance à la tristesse ou à l'inquiétude et non à la joie, mais ces manifestations affectives sont superficielles, inconstantes. Il n'est pas coléreux.

Etat somatique. — Pas de trouble de la marche ni de la sensibilité. Réflexes rotuliens exagérés. Troubles dysarthriques. Tremblements fibrillaires des muscles de la face. Pupilles inégales ; la droite est la plus grande. A la lumière la gauche réagit beaucoup moins que la droite, qui se contracte presque normalement. Accommodation normale. Démence paralytique.

Antécédents. — Mère morte à cinquante-quatre ans : alcoolique chronique. Père vivant et bien portant. Un frère mort à vingt-trois ans aux colonies, de la dysenterie. Un frère et une sœur bien portants. Personnellement pas de maladie grave dans son enfance, ni dans sa jeunesse. A quatorze ans tentative de suicide à la suite de contrariété : il s'était coupé une veine du bras droit. Du reste caractère plus sombre, naturellement peu causeur et mélancolique ; quelquefois emporté : se plaisait beaucoup au café, buveur d'absinthe. Intelligence bien développée.

Syphilis à vingt-quatre ans, l'année de son mariage. Trois enfants : le premier est mort en naissant ; les deux autres sont âgés l'aîné de huit ans, le second de quatre ans. Le malade a suivi un traitement par le mercure.

Evolution. — 16 Mars 1912. Très indifférent et très inconscient de sa situation actuelle.

11 mai. Amélioration de l'état physique : engraissement marqué. Très indifférent vis-à-vis de sa femme, de sa famille. Il se plaint plus de faiblesse, de douleurs. Souvent alité. Gâtisme.

Ictus apoplectique.

Mort. — A l'autopsie lésions classiques de la méningo-encéphalite.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le service de M. le Dr Benon)

Résumé. — Début de la maladie en mars 1910 : syndrome asthénique, diminution de la force musculaire, perte de la mé-

moire, céphalée, rachialgie, etc. Ictus paralytique en août 1910 : pas d'aggravation de l'état asthénique. Affaiblissement progressif des facultés mentales : hospitalisation, puis placement à l'asile.

Etat actuel. — Août 1912. Syndrome asthénique avec idées hypocondriaques. Pas d'agitation anxieuse. Amnésie, troubles du jugement, diminution considérable de l'émotivité, l'inquiétude du sujet relativement à sa santé est elle-même mobile variable, plus apparente que réelle. Signe d'Argyll Robertson ; exagérés, etc. Démence paralytique. Evolution rapide. Syphilis probable.

Eugène, camionneur, vingt-huit ans, entre à l'H. G. de Nantes le 19 août.

Il accuse des symptômes d'asthénie avec préoccupations hypocondriaques, en outre les facultés intellectuelles sont spécialement affaiblies.

Syndrome asthénie et idées hypocondriaques. — « Je suis malade. . . je suis affaibli. . . je ne peux plus travailler. Je ne suis plus bon à rien. Je vais passer cette nuit. Pourtant je voudrais guérir pour travailler encore. Donnez-moi des remèdes. J'ai peur de mourir. J'ai la gorge serrée. Les aliments me gênent. L'estomac est bouché. Guérissez-moi le plus vite possible. » Il est lent à s'exprimer. Il évoque lentement, difficilement ses souvenirs. Il revient sans cesse sur ces phénomènes d'ordre asthénique qui sont à l'origine de ses idées hypocondriaques et qui dominent au premier abord le tableau clinique.

Etat démentiel. — L'affaiblissement des facultés porte plus sur le jugement et le raisonnement que sur la mémoire.

Le malade sait le millésime de l'année actuelle ainsi que le mois, il dit à peu près exactement combien il a séjourné à l'Hôtel-Dieu, d'où il arrive. Sa femme l'a quitté quand elle l'a vu malade, il y a un an ; il croit lui, que cela fait deux

ans qu'ils sont séparés. Il dit généralement l'âge auquel il s'est marié (vingt-deux ans) et combien de temps il a vécu avec sa femme (cinq ans). Il sait son âge et l'année de sa naissance.

Il sait quel est l'endroit où il se trouve (l'asile d'aliénés) ; il se rappelle d'où il vient, où il habitait, où il s'est marié, où il est né.

Il se rappelle le nom du médecin qui le soignait à l'Hôtel-Dieu, mais il ne parvient pas à préciser les phénomènes qui ont marqué le début ou l'évolution de sa maladie : il ne les a pas conversés. Il ne saurait dire exactement comment il a été amené à cesser sa profession de camionneur pour devenir un simple manoeuvre, etc., etc.

Le malade se rend très mal compte de sa situation présente. Il croit qu'il vient à l'asile d'aliénés « en convalescence » ; pour quelle maladie ? il ne cherche pas du reste à le préciser. Il est incapable d'apprécier la diminution de sa valeur professionnelle. Il n'attache aucune importance à ses troubles de la mémoire. S'il parle fréquemment et avant tout de la diminution de sa force, s'il revient presque sans cesse sur son mauvais état de santé, sur la nécessité de lui donner des remèdes pour le guérir, il est aisé en revanche de le persuader que tout cela n'est pas grave, qu'il guérira promptement, etc. Il dit : « Je suis fichu », et quelques minutes après il ne désespère pas de travailler dans quelques jours. Très approbatif au fond, il manque de suite dans les idées, et cela malgré l'intensité et la prédominance des phénomènes d'ordre asthénique.

Émotivité. — Le sujet est légèrement hypocondriaque. Il se sent faible, sans force, malade et cela l'inquiète. Il délire toutefois peu sur ce point. Il n'a pas d'agitation anxieuse. Dès qu'il parle, c'est pour accuser de l'asthénie, mais il réagit peu et ne s'affecte pas vivement. Il n'est pas coléreux. Il sourit assez facilement quand on le persuade de sa guérison prochaine et lorsqu'en l'aide à évoquer le souvenir de sa vigueur antérieure. En

résumé, ce malade souffre relativement peu de son état, contrairement à ce qu'on pourrait croire à un examen bref ou précipité.

Il n'a pas exprimé d'idée de suicide.

Examen somatique. — Marche lente, mais assez sûre. Pas de Romberg. Réflexes patellaires exagérés, quelques secousses cloniques. Pas de signe de Babinski. Pas d'asymétrie faciale. Pas de tremblements fibrillaires, de troubles dysarthriques très prononcés. Pupilles inégales; droite plus grande que la gauche : Signe d'Arghyil-Robertson. Pas ou peu de céphalée et rachialgie. Constipation.

En résumé, tableau clinique de la méningo-encéphalite paralytique.

Histoire de la maladie. — Les premiers symptômes de la maladie sont apparus en mars 1910. A ce moment le sujet se plaignait de ne plus avoir de force ; il perdait la mémoire, mais il ne s'en apercevait pas ou, s'il s'en apercevait, n'y attachait pas d'importance. Il égarait son argent, mais ne s'en inquiétait pas. Il dut abandonner son métier de charretier-roulier : il n'a plus travaillé que par intervalles et comme manœuvre. Il se plaignait toujours de faiblesse et se croyait empoisonné. Sa femme, qui était débauchée, le quitta dès le début de sa maladie.

En août 1910, ictus paralytique mais sans perte de connaissance. Il ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Il ne parlait pas ou disait seulement : « Ah ! Ah !... que je suis malade !... » sa langue sortait légèrement de sa bouche ; il ne pouvait rien avaler. Ça a duré environ deux heures. Après on remarqua qu'il était paralysé du côté droit ; pendant quelques semaines, il ne put presque rien faire du bras droit ; il ne pouvait notamment pas écrire. Au bout d'un mois tout était disparu,

L'asthénie ne paraît avoir augmenté après cette attaque. Le malade continuait à se plaindre de la diminution de ses forces ; il dormait presque tout le temps, à certains moments, il disait qu'il était fichu, qu'il n'était plus capable de travailler. qu'il

n'en avait pas pour longtemps. Il priait le bon Dieu. Par-ci par-là, il faisait quelques journées comme manœuvre. En mars-avril, 1911, il a encore gagné quelques argent. Les facultés mentales baissent peu à peu.

Il accusait souvent de la céphalée, de la rachialgie.

Comme caractère, il était sombre, triste.

La maladie s'est aggravée en avril 1911. Il est resté quelques semaines chez lui, mais il est entré à l'Hôtel-Dieu, d'où on l'a envoyé à l'Hospice-Général quartier des aliénés.

Antécédents. — Père mort de dysenterie à soixante-sept ans. Mère morte à soixante et onze ans d'un « venin d'eau qu'elle eut dans le corps » durant deux ans (?). Une sœur du malade, quarante et un ans, bien portante. Pas de maladie mentale ou nerveuse dans la famille. Personnellement, pas de maladie grave en bas-âge. Rougeole à sept ans. Réformé du service militaire pour varices. Marié à vingt-deux ans, pas d'enfant, sa femme était une débauchée. Pas ou peu éthylique, mais syphilitique probable. Intelligence moyenne, caractère emporté.

Evolution. — 28 août 1911. Même état. « Je voudrais guérir, donnez-moi des remèdes : je vais passer cette nuit. »

D. Mais vous êtes bien ici ? — R. Oui.

D. Ça ne va pas si mal que cela ? — R. Oui.

D. Vous n'avez pas de chagrin ? — R. Non.

D. Rien ne vous inquiète ? — R. Non.

D. Vous êtes heureux ? — R. Oui.

D. Vous allez guérir ? — R. Oui... je veux des remèdes.

D. On vous sauvera sans cela ? — Oui.

Il approuve à peu près tout ce qu'on veut. Si on parle devant lui de sa maladie, si on insiste sur la gravité de son état, il ne suit pas la conversation et ne fait aucune remarque sensée.

Octobre 1911 : Affaiblissement rapidement progressif de l'intelligence. Le malade insiste de moins en moins sur les phénomènes asthéniques. Amaigrissement. Gâtisme.

Novembre : Malade alité. Gâtisme. Cachexie.

Décédé le 8 décembre 1911.

A l'autopsie, lésions classiques de la méningo-encéphalite diffuse.

Voici deux observations de paralytiques généraux qui furent d'abord asthéniques puis qui devinrent maniaques.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Benon)

Résumée. — Début de la maladie fin janvier 1912 par des phénomènes asthéniques très prononcés : abattement, lenteur des mouvements, tendance au sommeil ; anidéation, amnésie, peu de préoccupations hypocondriaques. Durée, environ trois semaines. A partir du 25 février l'asthénie est remplacée par l'hypers-thénie ; excitation intellectuelle, agitation motrice, rires, chants, etc. ; projets ambitieux, achats inconsidérés. Troubles du jugement. Dysarthrie. Etat actuel, mars 1912. Euphorie, lypomanie, avec affaiblissement global des facultés. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson. Embarras de la parole. Tremblements fibrillaires de la langue et des muscles péri-buccaux etc. Démence paralytique.

René, vingt-sept ans, employé de chemin de fer, entre à l'H. G. le 12 mars 1912.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté dans les derniers jours de janvier 1912 par des phénomènes d'asthénie. Le malade était abattu, comme fatigué. Il était lent dans ses mou-

vements ; il traînait les pieds, parlait lentement, mangeait lentement. Il avait une tendance marquée à s'assoupir, sinon à dormir en plein jour. Le matin, il dormait, dormait longtemps et d'un sommeil lourd, il ne se levait que lorsqu'on l'appelait ; si on ne l'appelait pas, il restait au lit jusqu'à midi. Quelquefois au début on le raillait ; sa sœur lui disait : « Tu as la maladie du sommeil. » Il était littéralement épuisé, à bout de forces. Ses idées étaient brouillées, son attention distraite, sa mémoire paresseuse. Personnellement il attachait assez peu d'importance à ces troubles. Il se sentait faible, sans courage, mais il ne s'inquiétait pas ou presque pas. Il n'avait du reste pas cessé complètement d'aller à son travail : il est vrai qu'il n'y faisait presque rien, livré à lui-même, il s'asseyait, somnolait.

L'appétit n'était pas diminué. Pas de céphalée ni rachialgie.

Vers le 25 février le tableau clinique change complètement : les phénomènes asthéniques sont remplacés par des phénomènes maniaques. Il semble que le sujet est passé assez rapidement de la dépression à l'hypersthénie. Quoi qu'il en soit, il est très excité, parle, gesticule beaucoup, évoque facilement son passé, etc., se montre toujours joyeux, rit, chante, etc. Par moments, il veut absolument faire de l'aviation. Il prétend (fabulation) qu'il a couru Paris-Londres, Paris-Bordeaux, avec Blanchard dont il était le mécanicien, qu'il a fait 150 kilomètres à l'heure, qu'il logeait avec lui à l'hôtel Victoria, qu'il conduisait assez souvent, qu'il mettait cinq ou six maillots, que son camarade s'est tué, etc. Il dit qu'aux colonies, où il est en effet allé, il a fait la guerre russo-japonaise : « J'étais à une pièce de 47... Je pointais bien. » A d'autres moments il dit qu'il est le champion de boxe de Bretagne, il demande des fleurets pour faire de l'escrime (sports qu'il n'a jamais pratiqués). Enfin, dans les magasins, il commande des chapeaux hauts de forme, toutes sortes de vêtements, de chaussures ; il parle d'aller en Angleterre acheter des chevaux de courses, etc.

Depuis que le malade a de l'excitation, la famille a constaté que par moments il a de la difficulté à s'exprimer, qu'il écorche les mots (dysarthrie).

Dans son exaltation, il s'est montré peu coléreux ; mais il ne dormait pas, criait, chantait, cherchait à s'échapper. C'est ce qui a décidé la famille à le placer à l'asile, le 12 mars 1912.

Etat actuel. — Mars 1912. Le malade a de l'excitation intellectuelle et motrice, il est hypomaniaque ; en même temps ses facultés mentales sont manifestement affaiblies.

Il parle, gesticule, sourit, chante, siffle, etc. Il raconte facilement sa vie, passe d'un sujet à un autre, parle de l'aviation, des colonies, etc. Il fabule activement sur ces sujets. Il se montre tout à fait à son aise parmi nous.

Le jour de son entrée, il s'avance une boîte de pastilles Valda à la main : « c'est pour soigner son rhume ». Pourquoi vient-il à l'asile ? Pour « faire traiter son bégaiement » (ses troubles récents de la parole). Quel rapport cela a-t-il avec le placement dans un asile d'aliénés. Cela ne le préoccupe ni ne l'attriste.

Il reconnaît qu'il a été malade : « Il a quelque temps, oui, je me faisais de la bile. J'étais faible, malade. Je ne parlais plus. Je dormais. Ça m'embêtait... »

Aujourd'hui sa santé est parfaite, il est heureux ; il fait de l'aviation, de la boxe ; il va faire de l'escrime, acheter des chevaux de courses, etc.

La mémoire est relativement peu troublée. Il évoque rapidement les dates de sa vie. Quand il commet une erreur, il ne cherche d'ailleurs pas à la corriger : ça n'a pas d'importance. L'attention est très mobile.

Les jugements et raisonnements sont franchement et grossièrement absurdes. Le sujet n'a ni la finesse, ni la réserve, ni la raillerie du vrai hypomaniaque.

La joie, l'euphorie du malade est durable, mais niaise, puérile ; elle n'est pas intense, variée, riche. Il s'y ajoute en réalité de l'indifférence émotionnelle.

Examen somatique. — Pas de trouble de la marche. Pas de Romberg. Les réflexes des membres sont normaux sinon faibles. La sensibilité, générale et spéciale, est très émue. Pupilles inégales, gauche plus grande que la droite, avec signe d'Argyll-Robertson. Embarras de la parole avec tremblements fibrillaires de la langue et des muscles péri-buccaux. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,80 par litre. Pas de lymphocytose.

Démence paralytique.

Antécédents héréditaires et personnels. — Pas de maladie nerveuse ou mentale dans la famille. Personnellement, pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Premiers rapports sexuels à seize ans. De 18 à 21 ans, séjourne aux colonies (Tonkin). Absinthisme, mais pas de syphilis (?). A vingt et un ans, au retour des colonies, crise de colère, au cours d'une ivresse, déchirait, mordait ; cela a duré une demi-heure. Intelligence moyenne, Caractère doux.

Evolution. — Juillet 1912. Euphorie persistante. Affaiblissement progressif des facultés mentales.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. le docteur Benon)

Résumé. — Syphilis à seize ans. Début de la paralysie générale en août 1909 : phénomènes d'hémi-parésie droite transitoire. En mars 1910, syndrome asthénique, amyosthénie, amnésie, asthénie génitale, céphalée, etc. ; en juillet 1910, amélioration légère avec cependant persistance de l'asthénie générale et troubles du jugement. En juin 1911 nouvelle hémi-parésie droite transitoire ; en décembre, aggravation des phénomènes de faiblesse et délire hypocondriaque avec légère anxiété, peur de la

mort, etc. En avril 1912, changement complet du tableau clinique Euphorie, excitation joyeuse, hypermyosthénie, hypéridéation ; idées de grandeur, idées érotiques, projets, etc. Affaiblissement intellectuel, global. Signes physiques de la paralysie générale. Evolution : persistance de l'excitation.

Gustave, 38 ans, forgeron, entre à l'H. G. de Nantes, le 12 avril 1912.

Antécédents. --- Pas de maladie mentale dans la famille. Mère morte d'une affection cardiaque. Un frère atteint d'une maladie d'estomac (?) Personnellement pas de maladie grave dans l'enfance. Syphilis à seize ans. Service militaire aux colonies de dix-huit à vingt-deux ans. Marié à vingt-six ans, pas de fausse couche ; deux enfants, nés à terme et bien portants. Intelligence bien développée. Pas de trouble du caractère.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté au mois d'août 1909 par des phénomènes d'hémi-parésie droite ; il n'ont duré toutefois qu'un quart d'heure environ. Ils n'ont pas été accompagnés de pertes de connaissance. Le malade a continué à travailler.

En mars 1910, il commence à se plaindre de troubles asthéniques, il se plaint de la diminution de ses forces, il accuse sans cesse de la lassitude, il dit qu'il ne peut plus travailler, qu'il n'a pas de courage ; il se sent malade, mais refuse de se soigner ; il ne faut pas « s'écouter » prétendait-il. Dès cette époque on constate de l'amnésie, de l'inattention, mais pas d'idées hypocondriaques. Il avait en outre de l'asthénie génitale, et parfois des maux de tête. Il est traité pour la neurasthénie.

Au mois de juillet 1910, il s'améliore assez pour travailler par intervalles à de petits ouvrages. Il s'occupait aussi un peu de ses affaires, mais il ne retrouva jamais son activité antérieure ; il était toujours faible et avait toujours des troubles de la mémoire. Il ne s'inquiétait pas de son état.

En juin 1911, nouvelle hémi-parésie droite de courte durée

comme la première (quelques heures). En décembre de la même année, l'asthénie augmente ou mieux elle s'accompagne du délire hypocondriaque ; il devient plus sombre, voit partout la mort, dit qu'il ne veut pas mourir ; il achète spontanément des remèdes pour se soigner et se remonter ; il croit qu'on voit sa maladie sur sa figure et relève le col de son veston pour se cacher ; il dit que c'est de la méningite, qu'il a le cerveau pourri, etc. Par moments, il disait en chantant : « Allez-vous en, la mort, allez-vous en... chassez-la, chassez-la... chassez la méningite, chassez la méningite... » Il répétait cela quelquefois durant dix minutes, un quart d'heure. Cela a duré deux ou trois mois.

En avril 1912, les symptômes revèlent une forme toute différente. Le malade n'est plus ni triste ni inquiet : il est joyeux, tout à fait euphorique. « Je suis guéri, je suis solide. Je vivrai cent ans comme mon père ». Il parlait sans cesse avec de grands gestes : « J'ai vu mon sang, il est beau. Je n'ai peur de rien... Je n'ai peur de rien. Entends-tu la voisine qui chante (fait exact ou illusion), elle aussi elle est heureuse et elle veut dire qu'elle est guérie... » Il exprime des idées de grandeur et des idées érotiques. Il est riche à 500.000 francs, il possède des autos, des maisons. Il a une belle position. Il a gagné le gros lot ; il donne de l'argent à tout le monde. Il demande des femmes, s'exhibe, etc.

L'agitation continuant — il s'est mis à faire des haltères dans son lit — la famille a demandé son placement à l'asile (12 avril 1912).

État actuel. — 13 avril 1912. Excitation maniaque avec affaiblissement global des facultés intellectuelles.

« Je suis très bien. Je suis gai. Je suis fort, fort à soulever 50 kilog. J'ai même soulevé 75 kilog. en l'air. Je connais la boxe anglaise ; j'aurais pu concourir et gagner... J'ai reçu 250 millions de M. E..., chatelain du pays ; il me les a donnés parce qu'il m'aime. A vous, je vous donnerais 10.000 francs.

« Ah ! oui, je comprends que je suis heureux de vivre. J'ai de la joie à vivre. J'ai un cerveau très fort... Je vais faire un petit canot... Pour les travaux de précision, il n'y a pas moi égal... »

Il chante : « J'ai pour palais une chaumière, etc. » Quand il se met à chanter, il n'est pas possible de l'arrêter.

On peut lui proposer sans préparation, froidement, de danser, il exécute immédiatement.

A propos des phénomènes d'asthénie qu'il a éprouvés, il dit : « Oui, j'ai traversé une période où j'étais malade, fatigué. Mais aujourd'hui... (et il repart sur sa santé actuelle). »

Cette excitation maniaque n'est pas une excitation maniaque franche. La mémoire est affaiblie, si le sujet commet des erreurs, il ne les rectifie pas. L'attention est mobile, mais peu vive, peu éveillée. Il y a une suite logique — au fond — dans les idées et actes du vrai maniaque ; il n'en est rien ici. Les jugements, et les raisonnements du malade sont très altérés.

Il est joyeux, euphorique, mais il n'est pas coléreux. Il ne s'attendrit pas quand on lui parle de sa femme, de ses enfants ; il se montre indifférent quand on lui parle de sa profession, de ses intérêts, de l'avenir.

Etat somatique. --- Pas d'hémiplégie ni d'hémi-parésie. Pas de Romberg. Pas de trouble de la sensibilité. Pas de Babinski. Réflexes des membres exagérés. Pupilles inégales et signe d'Argyll Robertson. Embarras de la parole par moments très marquée dans la conversation. Tremblements des muscles de la face et de la langue.

Paralysie générale.

Evolution. --- Juillet 1912. Persistance de l'excitation. Aggravation de l'état démentiel.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme asthénique de la paralysie générale. Son histoire se confond avec celle des formes dépressives de la maladie de Bayle, décrites par les auteurs (formes hypocondriaque, mélancolique, états neurasthéniques et neurasthéniformes paralytiques ou préparalytiques).

2° Cette forme asthénique est essentiellement caractérisée par des phénomènes d'ordre asthénique (amyosthénie, anidéation) et simultanément par des phénomènes d'ordre paralytique. Ces deux groupes de phénomènes sont fonctions du même processus organique : la méningo-encéphalite.

3° Le syndrome asthénie chez les paralytiques peut subsister pendant toute la durée de l'affection, parfois il peut n'y jouer qu'un rôle épisodique, s'amender, disparaître ou bien encore se transformer en manie ou hyperréthénie et alterner avec elle.

4° Comme tout asthénique le paralytique général

asthénique peut présenter suivant ses tendances constitutionnelles des idées hypocondriaques, mélancoliques, de l'agitation anxieuse ou coléreuse, des tendances au suicide : mais ces phénomènes sont secondaires à l'apparition du syndrome asthénie.

5° Le diagnostic entre la neurasthénie vraie et l'asthénie des paralytiques généraux au début est d'une importance capitale tant au point de vue médical qu'au point de vue médico-légal. Ce diagnostic repose plutôt, semble-t-il, sur l'examen mental que sur l'examen somatique du malade : les troubles du jugement et l'indifférence émotionnelle qui caractérisent essentiellement la paralysie générale font défaut chez le neurasthénique vrai. Sans doute les troubles somatiques (signes pupillaires, lymphocytose rachidienne, réaction de Wasserman) ont leur importance, mais quelle valeur faut-il leur attribuer quand le sujet atteint de neurasthénie vraie est un ancien syphilitique ?

Vu :

Le Président de la Thèse,

THOINOT.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.

